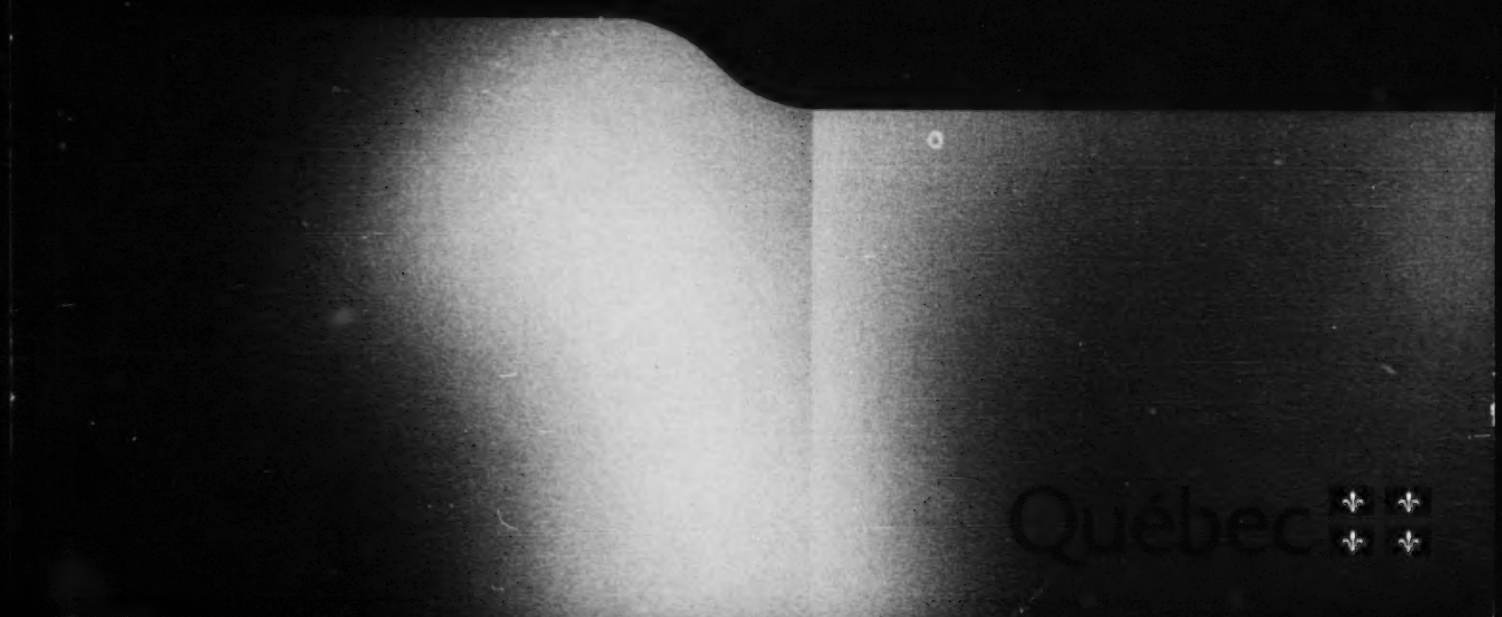
Rapport annuel de gestion

Bureau du coroner



2008-03936/
ASSEMBLÉE NATIONALE
№ 567-D0061031

2005-2006

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Bureau du coroner

Octobre 2006

Le contenu de la présente publication a été rédigé par
le Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 418 643-1845
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication est disponible dans le site Internet
du Bureau du coroner à l'adresse suivante :

www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
ISBN-13 : 978-2-550-48251-2 (version imprimée)
ISBN-10 : 2-550-48251-4 (version imprimée)
ISBN-13 : 978-2-550-48252-9 (PDF)
ISBN-10 : 2-550-48252-2 (PDF)
ISSN : 0835-5258

© Gouvernement du Québec, 2006

Tous droits réservés pour tous les pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

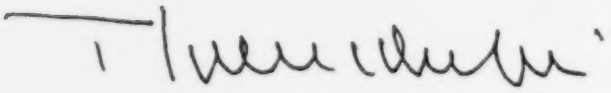
Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel de gestion du Bureau du coroner pour l'année financière qui a pris fin le 31 mars 2006.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le ministre de la Sécurité publique,



Jacques P. Dupuis

Québec, octobre 2006

Monsieur Jacques P. Dupuis
Ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion du Bureau du coroner pour l'année financière qui a pris fin le 31 mars 2006.

Afin de respecter les exigences de la *Loi sur l'administration publique* (art. 24) et celles de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (art. 29), le présent document englobe le rapport annuel de gestion et le rapport des activités des coroners. Un bilan statistique des traumatismes mortels a également été dressé pour les années 1998 à 2004.

Le rapport annuel du Bureau du coroner :

- décrit la mission et les orientations stratégiques;
- reflète les mandats des divers secteurs;
- présente les principales cibles de la planification stratégique 2005-2008 et les résultats s'y rapportant;
- offre des données conformes et fiables.

Je suis satisfaite des pratiques et des méthodes qui ont été utilisées pour produire ce rapport annuel.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le coroner en chef par intérim,

Louise Nolet

Dre Louise Nolet

Québec, octobre 2006

TABLE DES MATIÈRES

SECTION 1 : LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION

PARTIE 1 : PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU BUREAU DU CORONER 11
La mission 11
L'investigation et l'enquête 12
Les domaines d'activité 12
Les services offerts 13
Les clientèles 13
Les partenaires 14
L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE 15
L'organigramme 15
Le coroner en chef 16
Les communications 16
Le service de traitement des demandes d'annexes et des plaintes et l'éthique 16
Le coroner en chef adjoint de l'est du Québec 16
Le Service juridique 16
Le Service à la clientèle 17
La prévention 17
La morgue publique de Québec 17
La supervision des coroners investigateurs 18
Le coroner en chef adjoint de l'ouest du Québec 18
La morgue publique de Montréal 18
La supervision des coroners investigateurs 18
La Direction de l'administration 18
La modernisation 18
Les ressources humaines 18
Les ressources financières et matérielles 19
Les ressources informationnelles 19
Les archives 19
Les morgues privées et les transporteurs 19

PARTIE 2 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS 20
LE CONTEXTE 20
Prévention et sécurité 20
Modernisation et amélioration des façons de faire 20
ENJEUX 21
DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS 21
LES RÉSULTATS AU REGARD DES ENGAGEMENTS
DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS 21
Un service courtois et personnalisé 21
Un service disponible 21
Un service rapide 21
Un service accessible 21
Un service à l'écoute 22
Un service qui garantit la protection des renseignements personnels 22
NOUVEAU PLAN STRATÉGIQUE POUR 2005-2008 22
LES RÉSULTATS STRATÉGIQUES 22
Orientation stratégique 1 :
Contribuer à la protection de la vie humaine et à la sécurité des citoyens 22
Orientation stratégique 2 :
Être une organisation performante au service de sa clientèle 24

LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE LOIS,
DE POLITIQUES ET DE RÈGLEMENTS GOUVERNEMENTAUX 27
L'accès à l'égalité en emploi 27
L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 27
La politique linguistique 28
L'éthique et la déontologie 28
Le développement des ressources humaines 28
Le programme d'aide aux personnes 28
La santé et sécurité au travail 28
La protection des non-fumeurs 28

PARTIE 3 : BILAN DE L'UTILISATION DES RESSOURCES 29
LES RESSOURCES HUMAINES 29
LES RESSOURCES FINANCIÈRES 29

SECTION 2 : LE RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS

LES INVESTIGATIONS 33
Les décès signalés aux coroners 33
Délai entre le signalement d'un décès
et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 34
Les demandes de copies conformes des rapports 35
Les autopsies et les examens de laboratoire 35
Quelques rapports d'investigation déposés au cours de 2005 36
LES ENQUÊTES 37
L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 37
Les enquêtes en cours en 2005 38
Les rapports d'enquête déposés pour l'année 2005 39
LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT 42

SECTION 3 : BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC, ANNÉES 1998 À 2004

Classification statistique des décès ayant fait l'objet
d'une investigation ou d'une enquête du coroner 45
Délais dans le dépôt des rapports 45
État des rapports de 2003, au 2 juin 2006 46
État des rapports de 2004, au 2 juin 2006 46
Registre du coroner en chef 46
La répartition des décès par traumatisme 47
Les décès accidentels liés aux transports terrestres 48
Les autres décès accidentels 49
Les suicides 50
Les homicides 51
Les décès de type indéterminé 52

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA LISTE DES RÈGLEMENTS ADOPTÉS EN VERTU DES LOIS OU
DE PARTIES DE LOIS APPLIQUÉES PAR LE CORONER EN CHEF 55
ANNEXE 2 : LA LISTE DES CORONERS ACTIFS PAR RÉGION ADMINISTRATIVE 2005-2006 56
ANNEXE 3 : LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES CORONERS 58

SECTION 1

LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION

PARTIE 1
PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU BUREAU DU CORONER

Le rôle du Bureau du coroner est de s'assurer que le corps d'une personne dont le décès est obscur ou violent n'est pas inhumé ou incinéré sans que l'on sache pourquoi elle est décédée et, si possible, comment un tel décès pourrait être évité.

Pour ce faire, la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* prévoit qu'un officier public, le coroner, a compétence pour tout décès survenu au Québec. Il doit, au moyen d'une investigation ou d'une enquête publique, rechercher les causes et les circonstances d'un décès obscur ou violent, l'identité de la personne décédée, ainsi que la date et le lieu de son décès. Il doit rédiger un rapport qui fera état des résultats de ses recherches.

Le coroner intervient aussi lors de l'entrée au Québec du corps d'une personne décédée hors du Québec dans des circonstances obscures ou violentes et chaque fois que le corps d'une personne décédée est transporté à l'extérieur du Québec.

Le coroner doit être avisé pour tout type de décès qui survient dans des endroits particuliers. Il s'agit notamment des décès dans des garderies, des centres jeunesse, des familles d'accueil, des postes de police, des établissements de détention, des pénitenciers, des centres de réadaptation.

Dès que le coroner a terminé son travail, il doit transmettre avec diligence son rapport au coroner en chef et y annexer tous les documents qu'il a obtenus lors de son investigation ou de son enquête. Le rapport du coroner est public. Toute personne qui en fait la demande peut obtenir une copie conforme d'un rapport moyennant le versement des frais requis. Le principe de la publicité de ces rapports fait exception à la règle de la confidentialité qui s'applique normalement aux renseignements personnels recueillis par les agents de l'État. Toutefois, seuls les renseignements nécessaires à la compréhension des causes et des circonstances d'un décès et à la protection de la vie humaine doivent être contenus dans le rapport. Les documents annexés aux rapports des coroners sont, quant à eux, d'accès restreint.

Le coroner exerce un rôle social qui vise la prévention des décès, laissant à la police la détection du crime et au système judiciaire la tâche de se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne.

Le coroner exerce ce rôle de prévention par la possibilité que la loi lui donne de formuler, dans son rapport, des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine. Ces recommandations visent à corriger des situations afin de faire respecter le droit de tout membre de la société à la vie, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne.

Lorsqu'il le croit approprié, le coroner en chef s'assure que ces recommandations sont transmises aux ministères, aux organismes et aux personnes concernés. Il n'y a pas d'obligation légale de suivre les recommandations des coroners, et les suites qui y sont données dépendent de la crédibilité que l'on accorde à l'organisme.

Par la suite, le coroner en chef informe le public de ces recommandations. Il les publie dans son site Internet et effectue une mise à jour du répertoire tous les mois, afin d'y ajouter les recommandations les plus récentes. Pour favoriser une meilleure protection de la vie humaine, le coroner en chef médiatise certaines recommandations par voie de communiqué de presse.

Tous les renseignements pertinents recueillis par les coroners sur les causes et les circonstances des décès sont colligés dans une banque de données qui permet de repérer et de suivre les tendances concernant la mortalité obscure ou violente au Québec. Les archives et les données de cette banque sont largement utilisées par certains organismes, ministères ou groupes travaillant en recherche et en prévention.

La mission

La mission du Bureau du coroner est de rechercher de façon indépendante et impartiale les causes et les circonstances des décès obscurs ou violents, de manière à contribuer à la protection de la vie humaine, à acquérir une meilleure connaissance des phénomènes de mortalité et à faciliter la reconnaissance et l'exercice des droits.

L'investigation et l'enquête

L'investigation et l'enquête sont les deux moyens de recherche prévus par la loi pour réaliser la mission. Elles sont effectuées par des coroners nommés par le gouvernement.

Les coroners investigateurs doivent avoir une formation médicale ou juridique. Ils assurent une garde de l'ensemble du territoire du Québec et peuvent être avisés d'un décès en tout temps. Ils procèdent à une investigation chaque fois qu'un décès signalé survient dans des conditions correspondant aux dispositions de la loi.

Environ 75 % des investigations sont effectuées par des coroners investigateurs à temps partiel et 25 % par des coroners permanents. Au cours ou à la suite de son investigation, le coroner peut recommander au coroner en chef la tenue d'une enquête publique.

Les coroners enquêteurs doivent avoir une formation juridique. Ils interviennent pour réaliser l'enquête publique ordonnée par le coroner en chef, notamment à la suite de la recommandation d'un coroner investigateur. Le coroner en chef peut également ordonner une enquête concernant plusieurs décès survenus lors d'événements semblables, mais distincts. Tout au long de son enquête, le coroner peut être assisté d'un procureur désigné par le coroner en chef.

Pour déterminer l'utilité d'une enquête, le coroner en chef tient compte notamment de la nécessité de recourir à l'audition de témoins et d'experts, au besoin d'aider le coroner à trouver des recommandations pertinentes et d'informer le public. Le ministre de la Sécurité publique peut également demander au coroner en chef d'ordonner une enquête publique.

Les coroners disposent de pouvoirs importants pour exercer leur mandat. Ils peuvent notamment examiner ou faire examiner le corps, le photographier ou le faire photographier, ordonner des expertises (autopsies, analyses toxicologiques, etc.), recourir à la saisie d'objets ou de documents, inspecter un lieu et en interdire l'accès. Les coroners ont aussi le pouvoir d'exiger d'un agent de la paix qu'il procède à une enquête ou à un complément d'enquête.

Les domaines d'activité

Les activités du Bureau du coroner sont regroupées en quatre grands domaines :

- ***La recherche des causes et des circonstances des décès obscurs ou violents***

Ce domaine d'activité comprend l'investigation et l'enquête publique réalisées par les coroners, sur les décès obscurs ou violents, tels les accidents, les suicides et les homicides. Il inclut aussi tout ce qui est requis pour assurer ce mandat, notamment le maintien des morgues, le transport des cadavres et le soutien administratif.

- ***La contribution à la protection de la vie humaine***

La recherche par les coroners de recommandations appropriées, la transmission de celles-ci aux ministères, aux organismes et aux personnes concernés, les activités de maintien des archives et de banques de données ainsi que le soutien aux chercheurs travaillant en prévention sont des activités qui entrent dans ce domaine.

- ***L'information et les communications***

Les activités liées à l'information et aux communications sont principalement la transmission des rapports d'investigation et d'enquête aux proches et à tout demandeur, ainsi que les activités de communication publique. Ces dernières visent à informer les citoyens sur les phénomènes de mortalité et à les sensibiliser sur les moyens à prendre pour assurer leur propre sécurité et celle des autres.

- ***Le soutien à la reconnaissance et à l'exercice des droits***

Ce domaine concerne principalement la transmission de copies certifiées conformes de documents annexés aux rapports des coroners aux ayants droit pour leur permettre de connaître ou d'exercer leurs droits.

Les services offerts

Les services offerts par le Bureau du coroner sont :

- la transmission de copies certifiées conformes des rapports d'investigation et d'enquête à toute personne qui en fait la demande et des documents annexés à ces rapports aux personnes, associations, ministères ou organismes dont la demande répond aux critères prévus par la loi;
- l'envoi aux intervenants concernés des recommandations formulées par les coroners dans leurs rapports;
- l'information du public quant au mandat et aux actions des coroners et du Bureau du coroner, y compris les recommandations formulées par les coroners;
- la production d'analyses des phénomènes de mort violente;
- l'accessibilité des archives des coroners aux fins d'étude, d'enseignement ou de recherche scientifique;
- la réalisation d'ententes avec des milieux de recherche engagés dans la prévention des décès.

Les clientèles

La réalisation de la mission du Bureau du coroner se fait au bénéfice de divers groupes ou personnes. Ce sont les clientèles du Bureau du coroner :

- ***La personne décédée***

Pour le Bureau du coroner, la personne décédée fait partie intégrante de sa clientèle et son corps doit être traité avec tout le respect qui lui est dû.

- ***Les proches, les ayants droit ou leurs représentants***

Les proches d'une personne décédée peuvent communiquer avec le coroner et le Bureau du coroner tout au long du processus d'investigation du décès pour obtenir de l'information ou pour faire une demande afin de recevoir une copie certifiée conforme du rapport qui sera produit. Comme un décès peut être source de réclamations et même de litiges civils, les proches et les ayants droit peuvent obtenir toute l'information requise pour leur permettre de connaître ou d'exercer leurs droits.

- ***Les citoyens***

Comme le rapport du coroner est un document public, toute personne peut en faire la demande et en obtenir une copie certifiée conforme en échange des frais requis. Tout citoyen peut le consulter afin de connaître et de comprendre les causes et les circonstances d'un décès.

Le Bureau du coroner peut aussi faire connaître à un vaste public les causes et les circonstances de certains décès ainsi que les recommandations qui y sont associées. Les citoyens sont alors sensibilisés à certains phénomènes de mortalité et informés des mesures à prendre pour éviter qu'un décès semblable se reproduise.

Le rôle du coroner comme catalyseur de changements en ce qui a trait à la protection de la vie humaine donne à ce volet de sa mission un caractère sociétal.

- ***Les ministères et organismes***

Certains ministères et organismes se servent de l'information recueillie par le coroner aux fins d'indemnisation, de prévention ou de recherche.

- ***Les chercheurs dans le domaine de la prévention***

Certains chercheurs ont besoin de l'information recueillie par le coroner sur un décès, aux fins de recherche ou de prévention.

Les partenaires

Les entités suivantes sont les principaux partenaires de l'organisation, car elles collaborent avec le coroner pour l'aider à réaliser les mandats qui lui sont confiés :

- ***Les corps policiers***

Une enquête policière est effectuée dans la majorité des décès nécessitant l'intervention du coroner. Sauf dans les cas de nature criminelle, elle est menée pour le coroner, en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*. Dans le cas de sinistres causant un grand nombre de décès, l'appui des forces policières pour l'identification des victimes est essentiel à la réalisation du mandat du coroner.

- ***Le réseau de la santé***

Le réseau de la santé est un partenaire important. Comme la majorité des décès faisant l'objet d'une intervention du coroner sont constatés dans les salles d'urgence, il est essentiel que le personnel des établissements de santé connaisse les situations pour lesquelles il doit aviser un coroner. Environ 1 000 autopsies sont réalisées annuellement à la demande des coroners par les pathologistes dans les établissements du réseau hospitalier. Les installations de plusieurs hôpitaux sont utilisées comme morgues par les coroners.

- ***Le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML)***

Les professionnels du LSJML effectuent plus de 1 200 expertises annuellement à la demande des coroners. Ce sont principalement des autopsies, des analyses toxicologiques, des expertises d'ADN ou d'odontologie judiciaire.

- ***Les maisons funéraires***

Un grand nombre de maisons funéraires transportent des corps à la demande des coroners afin de les acheminer dans des hôpitaux ou au LSJML aux fins d'expertise. Les installations de plusieurs d'entre elles sont aussi utilisées comme morgues.

- ***Le Centre de toxicologie du Québec***

Partie intégrante de l'Institut national de santé publique du Québec, le Centre de toxicologie du Québec procède, à la demande des coroners, à des analyses toxicologiques sur environ 1 700 décès annuellement. Ces expertises permettent principalement aux coroners de vérifier si une personne a consommé de l'alcool, des médicaments ou des drogues avant son décès ou si elle est décédée des suites d'une intoxication.

- ***Les organismes ayant une fonction d'enquête***

Certains autres organismes publics du Québec ou du gouvernement fédéral ont également un pouvoir d'enquête concernant des accidents qui surviennent dans des contextes précis. Ainsi, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) intervient lors d'accidents de travail et le Bureau de la sécurité des transports du Canada lors d'accidents aériens, ferroviaires ou maritimes. Le coroner agit de façon régulière en concertation avec de tels organismes.

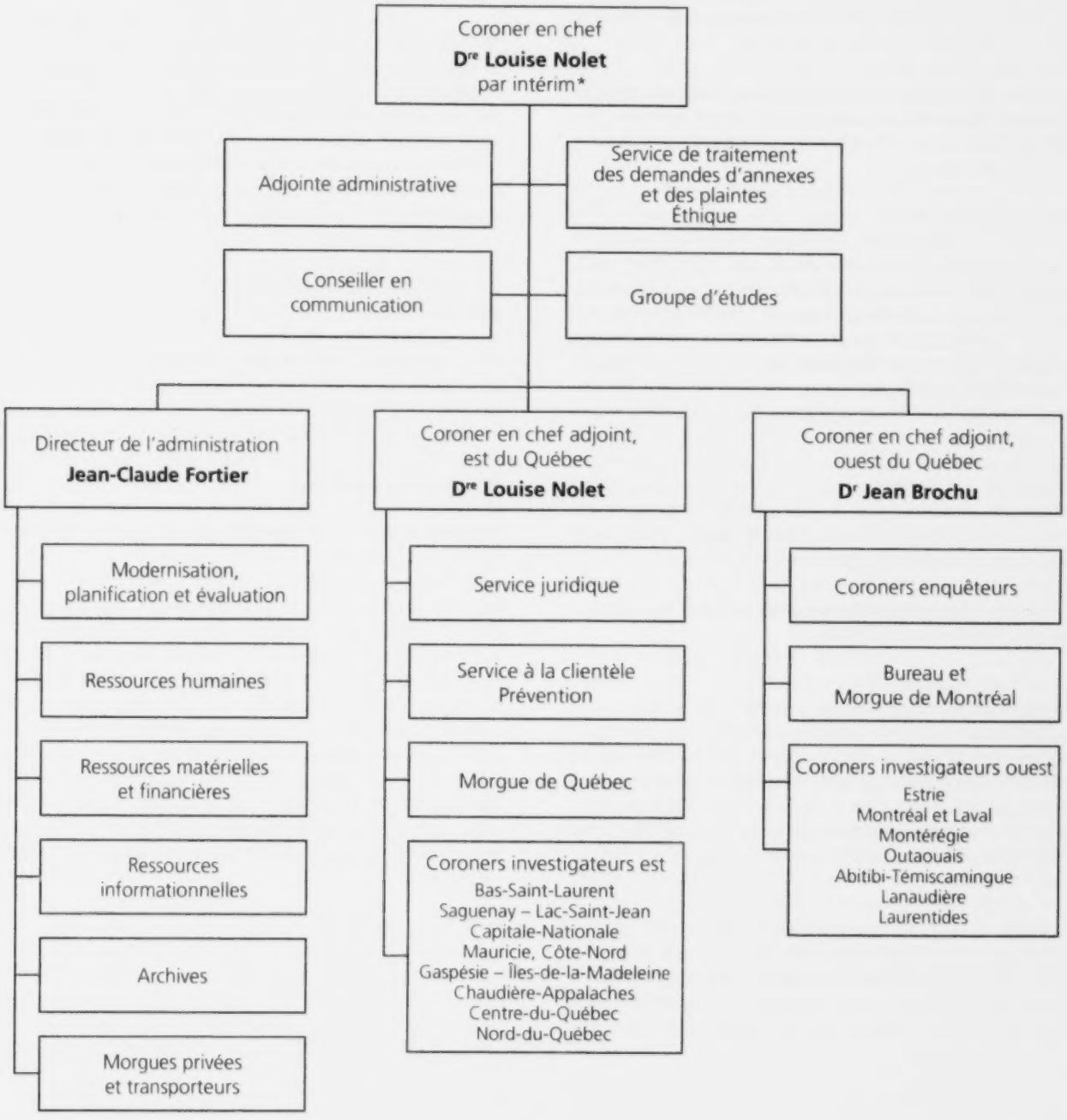
- ***Autres collaborations***

Par ailleurs, le Bureau du coroner collabore avec des organismes ayant une mission de recherche ou agissant en prévention, les principaux étant le Groupe McGill d'études sur le suicide, le Centre de recherche sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'UQUAM, l'Institut Fernand-Séguin associé au Centre hospitalier Louis-Hypolite Lafontaine (projets de recherche touchant le suicide).

Enfin, le Bureau du coroner constitue une source d'information majeure pour plusieurs organismes voués à la prévention, dont la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), la CSST, les centres de prévention du suicide, la Croix-Rouge canadienne et la Société de sauvetage.

L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

L'organigramme



* En remplacement de Me Danielle Bellemare

Le coroner en chef

Le coroner en chef a, en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, les pouvoirs d'un dirigeant d'organisme. Il doit également coordonner, répartir et surveiller le travail des coroners, veiller à ce que tout le territoire du Québec soit desservi par un coroner et s'assurer que l'infrastructure nécessaire à la réalisation du mandat confié au Bureau du coroner est en place.

Le coroner en chef a sous sa responsabilité directe les activités de communication et d'éthique, le service de traitement des demandes d'annexes et des plaintes, un adjoint administratif et un groupe d'études.

- ***Les communications***

Les activités de communication du Bureau du coroner sont principalement les relations avec les médias. Au cours du dernier exercice, le Bureau du coroner a diffusé près d'une cinquantaine de communiqués de presse et a organisé une conférence de presse. Ces activités se sont déroulées principalement lors du dépôt de rapports d'investigation ou d'enquête et de la tenue d'audiences publiques.

En plus de veiller à l'organisation d'activités médiatiques, le conseiller en communication conseille le coroner en chef en matière de communications, rédige différents documents d'information, organise des colloques et effectue la mise à jour du site Internet de l'organisme.

- ***Le service de traitement des demandes d'annexes et des plaintes et l'éthique***

Les plaintes reçues au Bureau du coroner portent essentiellement sur les délais entre le moment d'un décès et le dépôt du rapport du coroner. Le responsable du traitement des plaintes étudie la nature de la plainte, recueille l'information pertinente à son traitement et propose une solution au plaignant. Il tient également un registre pour dresser un bilan des plaintes reçues, permettant ainsi de déceler un problème récurrent afin d'y trouver une solution à plus long terme.

Les demandes de documents annexés à un rapport d'investigation ou d'enquête sont traitées en vertu de l'article 101 de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*. Selon cet article, les copies certifiées conformes des documents annexés au rapport d'investigation ou d'enquête des coroners, comme le rapport d'autopsie ou le rapport d'analyses toxicologiques, sont transmises uniquement aux personnes qui en ont besoin pour connaître ou faire reconnaître leurs droits. Les ministères ou les organismes publics peuvent aussi obtenir des documents annexés s'ils établissent que ceux-ci leur serviront dans la poursuite de l'intérêt public.

Le responsable de ce secteur est également le répondant en éthique. Il assure un rôle de veille dans le domaine de l'éthique en se référant, entre autres, au *Règlement sur l'éthique* ainsi qu'à la *Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise*. Il a également pour mandat de renforcer la compréhension du personnel du Bureau du coroner à propos de ce règlement et des valeurs de la fonction publique québécoise et d'agir comme consultant auprès du personnel.

Le coroner en chef adjoint de l'est du Québec

En plus d'être responsable des coroners investigateurs de l'est du Québec, il gère le Service juridique, le Service à la clientèle du Bureau du coroner, le secteur de la prévention ainsi que la morgue publique de Québec.

- ***Le Service juridique***

Les avocats du secteur des affaires juridiques fournissent un soutien à l'organisme et aux coroners.

Ils formulent des avis et des opinions juridiques quant à l'interprétation des lois et des règlements, ainsi qu'en matière d'amendements législatifs et réglementaires. Ils rédigent des contrats et des ententes conformément à la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (L.R.Q., c. R-0.2) et ils peuvent représenter le coroner en chef et les coroners dans des procédures judiciaires.

Désignés par le coroner en chef, ces avocats agissent comme procureurs aux enquêtes publiques afin d'assister les coroners enquêteurs. Ils conseillent le coroner en chef sur les enquêtes publiques.

• ***Le Service à la clientèle***

Le Service à la clientèle répond à toute demande des proches ou des ayants droit d'une personne décédée ou de tout citoyen qui souhaite obtenir un renseignement ou un rapport produit par un coroner. Il reçoit et achemine les plaintes au responsable pour leur traitement, de même que les demandes de documents annexés à un rapport du coroner.

Lorsque le coroner est informé d'un décès, il remplit le formulaire *Avis au coroner* sur lequel il recueille de l'information sommaire sur la personne décédée et sur les causes et les circonstances probables de son décès. Il transmet immédiatement ce formulaire au personnel du Service à la clientèle; un dossier est ouvert et l'information reçue est entrée dans la banque de données. Il est alors possible de confirmer à tout demandeur qu'un décès est étudié par un coroner et qu'il peut faire une demande pour obtenir une copie certifiée conforme du rapport lorsqu'il sera terminé. Le cas échéant, le Service à la clientèle lui fait parvenir un accusé de réception comprenant un document explicatif sur le rôle du coroner et sur ses méthodes d'investigation.

Lorsque le Service à la clientèle reçoit du coroner le rapport d'investigation ou d'enquête terminé ainsi que les documents annexés, le dossier est complété. Le rapport est alors analysé afin de s'assurer que tous les éléments essentiels y figurent et que ce ne sont que des renseignements pertinents à la compréhension des causes et des circonstances du décès.

L'analyse consiste également à extraire des rapports de coroners les renseignements à inscrire dans la banque de données. Il s'agit notamment des caractéristiques de la personne décédée (âge, sexe, etc.), du lieu du décès et des facteurs ayant pu contribuer à ce décès (alcool, drogue, médicaments, etc.). Environ 140 variables sont colligées à partir des documents déposés par les coroners. Le Bureau du coroner codifie les décès en s'inspirant des règles de la Classification internationale des maladies et des blessures de l'Organisation mondiale de la santé. Cette classification est particulièrement utile pour comparer la mortalité québécoise aux réalités observées ailleurs au Canada et dans le monde.

Les recommandations inscrites dans les rapports d'investigation et d'enquête font, quant à elles, l'objet d'une analyse particulière afin de vérifier si elles sont adressées aux destinataires appropriés. Enfin, le Service à la clientèle fournit au coroner en chef tout le soutien nécessaire pour faire parvenir ces recommandations aux instances concernées.

• ***La prévention***

Ce secteur d'activité assure le soutien aux coroners investigateurs et enquêteurs dans la réalisation de leur mandat, notamment au chapitre de l'élaboration des recommandations. Il effectue la recherche de lois et de règlements, d'articles scientifiques, d'experts, de personnes-ressources et de données statistiques et épidémiologiques.

En plus de répondre aux demandes des coroners, le responsable renseigne le coroner en chef sur l'évolution de certains phénomènes de mortalité et il produit, au besoin, des analyses détaillées concernant différents types de décès.

Un des outils essentiels à la réalisation de ce volet est la banque de données des coroners. Depuis 1986, celle-ci est alimentée à partir des rapports d'investigation et d'enquête.

Ces précieuses données peuvent être rendues accessibles aux fins de recherche ou de prévention. Plusieurs personnes, organismes ou groupes favorisant la protection de la vie humaine s'adressent au Bureau du coroner pour obtenir des données statistiques sur certains types d'événements mortels. En moyenne, le Bureau du coroner répond à près de 300 demandes de renseignements chaque année.

Le Bureau du coroner collabore également avec la SAAQ au jumelage des fichiers de données sur les décès de la route. Le fruit de ce travail est publié dans le Bilan statistique annuel de la SAAQ, en plus d'alimenter la base de données de la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, qui produit aussi un rapport annuel.

• ***La morgue publique de Québec***

Aux fins de l'application de la loi, le Bureau du coroner dispose de deux morgues sous son autorité directe, une à Québec et l'autre à Montréal. La morgue publique de Québec est sous la supervision du coroner en chef adjoint de l'est du Québec.

Les morgues servent à la conservation temporaire des corps des personnes dont le décès est étudié par un coroner. Elles permettent également aux coroners d'examiner ces corps, de faire des prélèvements ou autres expertises nécessaires et de procéder à l'identification des personnes décédées. Le personnel de ces morgues assure un lien entre le coroner et les policiers, les hôpitaux, les transporteurs et les autres intervenants.

• ***La supervision des coroners investigateurs***

Le coroner en chef adjoint de l'est coordonne, répartit et surveille le travail des coroners investigateurs du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Mauricie, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-îles-de-la-Madeleine, de la Chaudière-Appalaches, du Centre-du-Québec et du Nord-du-Québec. À cette fin, il est en relation continue avec ces derniers afin de les informer, de les soutenir, de susciter des améliorations dans l'exercice de leurs fonctions, d'aborder et de résoudre les problèmes qui surviennent dans la réalisation de leur mandat.

Le coroner en chef adjoint de l'ouest du Québec

En plus d'être responsable des coroners investigateurs de l'ouest du Québec, il gère le travail des coroners enquêteurs, la morgue publique de Montréal et le personnel du bureau de Montréal.

• ***La morgue publique de Montréal***

La morgue publique de Montréal est sous la supervision du coroner en chef adjoint de l'ouest du Québec. Tout comme celui de la morgue de Québec, le personnel de la morgue de Montréal assure un lien entre le coroner et les policiers, les hôpitaux, les transporteurs et les autres intervenants. La morgue publique de Montréal assure un service 24 heures sur 24.

• ***La supervision des coroners investigateurs***

Le coroner en chef adjoint de l'ouest coordonne, répartit et surveille le travail des coroners investigateurs de l'Estrie, de Montréal, de Laval, de la Montérégie, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de Lanaudière et des Laurentides. Il assure à ces derniers les mêmes services que le coroner en chef adjoint de l'est donne à ses coroners.

La Direction de l'administration

La Direction de l'administration fournit au coroner en chef et aux coroners en chef adjoints l'expertise et le soutien en matière de gestion humaine, financière, matérielle et informationnelle. Par des procédures et des mécanismes appropriés, elle s'assure du respect des normes et des politiques gouvernementales. Elle apporte également le soutien administratif et technologique nécessaire au bon fonctionnement de l'organisation.

Pour réaliser ses mandats, la Direction de l'administration regroupe les secteurs d'activité suivants :

- la modernisation;
- les ressources humaines;
- les ressources financières et matérielles;
- les ressources informationnelles;
- les archives;
- les morgues privées et les transporteurs.

• ***La modernisation***

Ce secteur coordonne la mise en œuvre et le suivi du cadre de gestion de la modernisation de l'administration publique. À ce titre, il collabore à la préparation de la planification stratégique et de la reddition de comptes de l'organisation. Il réalise divers documents, des recherches et des évaluations pour respecter les exigences de la *Loi sur l'administration publique*.

• ***Les ressources humaines***

Ce secteur fournit les services de soutien et de conseil en matière d'organisation administrative, de recrutement, de dotation en personnel régulier et occasionnel, de classification des emplois, de développement des ressources humaines, d'accès à l'égalité en emploi, d'aide et de conseil au personnel. Il traite les dossiers d'assiduité, gère les absences pour invalidité ou accidents de travail, les départs à la retraite ainsi que l'application du programme d'aide aux personnes, le tout en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique.

Il est également responsable de l'application de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, de la rémunération et des avantages sociaux ainsi que de la présentation de certains dossiers auprès des organismes centraux et du ministère de la Sécurité publique. Il assure, de plus, la mise à jour des coordonnées des coroners et les diffuse aux personnes concernées.

• ***Les ressources financières et matérielles***

En matière de gestion des ressources financières, ce secteur conseille le coroner en chef et les coroners en chef adjoints, réalise les activités liées à l'élaboration du budget, à la gestion des engagements, aux paiements et aux revenus et produit des rapports financiers et des analyses financières.

Ce secteur s'occupe aussi des activités déléguées, à la suite de la décentralisation du système de gestion budgétaire et comptable (SYGBEC). À la demande d'organismes centraux, il prépare divers documents pour le cadre financier, la revue de programmes et l'enveloppe des crédits détaillés. Il prépare les documents destinés aux commissions parlementaires sur l'étude des crédits et les engagements financiers de 25 000 $ ou plus et y participe. Ce service prépare les données concernant la Commission sur l'administration publique.

En matière de gestion des ressources matérielles, ce secteur conseille le coroner en chef et les coroners en chef adjoints au sujet de l'acquisition de biens et de services et leur offre le soutien nécessaire. Il réalise également des activités liées aux télécommunications.

• ***Les ressources informationnelles***

Le secteur des ressources informationnelles est responsable de la sécurité, du développement, de l'entretien et de l'exploitation du système informatisé de gestion des opérations qui renferme la base de données du Bureau du coroner. Il gère les différentes composantes technologiques : matériel, logiciels et réseaux de télécommunications. De plus, il soutient ses utilisateurs.

• ***Les archives***

La Direction de l'administration est responsable de la gestion des archives des coroners. Celles-ci sont constituées des originaux des rapports d'investigation et d'enquête ainsi que des documents annexés que les coroners doivent faire parvenir au coroner en chef.

Les documents des archives peuvent, sur autorisation du coroner en chef, être consultés aux fins d'étude, d'enseignement ou de recherche scientifique. Environ 2 000 dossiers sont consultés annuellement.

• ***Les morgues privées et les transporteurs***

Certaines morgues privées, situées dans des centres hospitaliers, et occasionnellement dans les maisons funéraires, sont disponibles en région pour conserver des corps. Un service de transport est également assuré par les maisons funéraires sur tout le territoire du Québec pour acheminer, à la demande du coroner, les corps des personnes décédées aux endroits appropriés afin de procéder aux expertises nécessaires à l'investigation.

La Direction de l'administration s'assure que des systèmes de transport et de morgues privées sont offerts partout dans la province et en tout temps. Elle veille aussi à ce que ces systèmes soient conformes aux exigences du *Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents*.

PARTIE 2
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

LE CONTEXTE

L'évolution sociodémographique récente, la lecture des tendances qui s'en dégagent ainsi que les besoins et les attentes des citoyens déterminent les interventions de notre organisation. Par la nature même des activités, la charge de travail d'un coroner est variable et imprévisible. Cependant, le vieillissement de la population entraînera une croissance de la fréquence des décès chez les personnes âgées. Cette situation devrait s'étendre encore sur plusieurs années.

Prévention et sécurité

Le Bureau du coroner désire demeurer proactif dans la prévention des décès évitables. Il vise à améliorer les connaissances des citoyens et des divers intervenants publics et à modifier leur culture en les sensibilisant à adopter des mesures et des comportements sécuritaires permettant de réduire le nombre de décès évitables. C'est le but des recommandations formulées par les coroners. Il s'avère donc important d'assurer la plus grande diffusion possible à ces dernières.

Le Bureau du coroner contribue aussi à la prévention des décès en donnant de l'information sur les phénomènes de mortalité au Québec aux citoyens, aux chercheurs et aux organismes travaillant en prévention. Cette information unique pourra ensuite être appuyée et renforcée dans la réalisation de leurs travaux.

L'approche préventive suscite des modifications comportementales et a déjà montré son efficacité dans différents domaines. Par l'entremise de certaines campagnes de prévention, par une législation plus sévère ou par la modification de l'environnement physique, certains phénomènes de mortalité ont connu une baisse. La diminution des décès subits de nourrissons et des suicides sur certains ponts, notamment le pont Jacques-Cartier et le tracel de Cap-Rouge, en sont des exemples.

Plusieurs phénomènes demeurent toutefois préoccupants, comme la problématique du suicide, les accidents de motoneige ainsi que les accidents dans les hôpitaux. Ils doivent donc faire l'objet d'études et de campagnes de prévention.

Au cours des dernières années, la population du Québec a été exposée à des sinistres d'origine naturelle. Les autorités doivent se tenir prêtes à intervenir en tout temps lors de situations semblables, y compris le Bureau du coroner, puisque de tels événements peuvent provoquer des décès multiples. L'émergence récente des groupes internationaux de terrorisme, capables de causer des décès en grand nombre, oblige également les sociétés occidentales à se préparer à faire face à de tels événements.

Ces risques de décès multiples interpellent directement le Bureau du coroner, acteur important du Plan national de la sécurité civile, en collaboration avec les services de police, la sécurité civile, le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, le réseau de la santé et plusieurs autres intervenants. Ainsi, le Bureau du coroner doit être prêt à intervenir lors d'un événement majeur.

Le Bureau du coroner vise à mieux préparer ses interventions et à coordonner ses actions avec celles de ses divers partenaires, ce qui lui permettra d'être plus efficace et de remplir son rôle avec diligence à la suite d'un événement mortel d'envergure.

Modernisation et amélioration des façons de faire

Le Bureau du coroner doit moderniser sa gestion, la rendre plus efficace et efficiente et y intégrer l'évolution technologique de l'information et des communications.

Afin de mieux servir les citoyens, le Bureau du coroner doit constamment améliorer ses activités pour accroître la sécurité de la population québécoise tout en améliorant les échanges avec ses clientèles. Le Bureau du coroner souhaite, à ce titre, améliorer ses outils informatisés ainsi que son site Web.

Le Bureau du coroner mise également sur des liens serrés et fructueux avec ses partenaires tant publics que privés. Un partenariat est essentiel avec des organismes gouvernementaux dont le réseau de la santé, les corps policiers et le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Les transporteurs et les morgues privées sont des partenaires du secteur privé qui sont aussi essentiels aux activités du Bureau du coroner; leur absence les paralyserait inévitablement. Il s'avère donc important de maintenir et de renforcer toute cette collaboration afin d'être davantage en mesure d'offrir aux citoyens un service de qualité.

Enfin, plusieurs membres du personnel seront admissibles à la retraite dans les prochaines années. Une petite équipe composée d'un minimum de personnes, comme celle du Bureau du coroner, est particulièrement vulnérable au départ d'un employé. Il est donc essentiel d'assurer le transfert d'expertise pour les prochaines années en vue de favoriser la pérennité des activités. Ajoutons que le Bureau du coroner devra poursuivre ses efforts de recrutement de coroners, particulièrement auprès de la profession médicale.

ENJEUX

L'examen du contexte et la prise en compte de nos capacités organisationnelles font ressortir certains enjeux auxquels le Bureau du coroner doit faire face. Ces enjeux deviennent les assises de nos choix stratégiques. Deux enjeux majeurs ont été retenus à ce titre :

- contribution à diminuer le nombre de décès violents;
- offre des services de qualité, adaptés aux besoins de la clientèle et coordonnés avec nos partenaires.

DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

La Déclaration des services aux citoyens, diffusée le 1er avril 2001, renferme les engagements que le Bureau du coroner entend respecter afin d'offrir un service de qualité aux citoyens. Cette déclaration énonce les valeurs et les objectifs pour mieux servir sa clientèle.

LES RÉSULTATS AU REGARD DES ENGAGEMENTS DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

Un service courtois et personnalisé

La publication et la diffusion de la Déclaration de services aux citoyens a suscité une préoccupation et une sensibilisation accrues auprès du personnel sur sa manière de servir les citoyens.

Un service disponible

Le Bureau du coroner offre un service partout au Québec. Toutes les régions du Québec sont couvertes par les coroners et il est possible de les joindre en tout temps. La répartition des coroners par région figure en annexe de ce rapport.

De plus, un service de transport et de conservation des corps est assuré sur tout le territoire afin de permettre la réalisation des expertises nécessaires à l'investigation du coroner. Pour ce faire, deux morgues publiques sont disponibles, soit celles de Montréal et de Québec. La morgue de Montréal assure un service 24 heures sur 24 et prend la relève de la morgue de Québec durant le quart de nuit.

Des centres hospitaliers offrent aussi un service de morgue lorsque nécessaire. En certaines occasions, des morgues privées situées dans des maisons funéraires peuvent être mises à la disposition des coroners.

Un service rapide

Un accusé de réception pour une correspondance postale, électronique ou téléphonique est donné dans un délai de deux jours.

Afin de respecter ce délai, le système informatique produit immédiatement les accusés de réception liés aux demandes de copies certifiées conformes de rapports d'investigation ou d'enquête, qui représentent une grande partie de notre correspondance.

Par ailleurs, les membres du personnel doivent prendre les messages reçus dans leur boîte vocale respective et rappeler rapidement. Leur message téléphonique personnalisé doit contenir des renseignements sur la durée de leur absence et la date de leur retour. Le personnel du Service à la clientèle prend connaissance quotidiennement des demandes transmises par courrier électronique.

Un service accessible

Conformément à son engagement, le Bureau du coroner offre la possibilité, pendant ses heures d'ouverture, de s'adresser directement à une réceptionniste. Une ligne téléphonique sans frais est aussi en service pour permettre à la clientèle de le joindre sans avoir à payer des frais d'interurbain.

De plus, notre site Internet diffuse l'information sur les services offerts par le Bureau du coroner ainsi que les coordonnées pour nous joindre.

Par ailleurs, au moyen d'un formulaire dans notre site, les citoyens peuvent acheminer une demande de copie conforme d'un rapport d'investigation ou d'enquête. Des démarches sont présentement en cours avec le ministère de la Sécurité publique, qui héberge le site Web du Bureau du coroner, afin d'améliorer ce site et d'offrir aux citoyens une prestation électronique de services à valeur ajoutée.

Un service à l'écoute

Depuis avril 2002, un processus formel de traitement des plaintes a été mis en place et est encadré par une politique. Un responsable du traitement des plaintes a été nommé et un formulaire pour colliger les plaintes a été conçu.

Toute plainte, tout commentaire ou toute suggestion concernant la qualité des services reçus peut être adressé au coroner en chef, au Bureau de Québec.

Un service qui garantit la protection des renseignements personnels

Notre devoir et nos préoccupations continuelles sont d'assurer la protection des renseignements personnels conformément aux dispositions de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* et de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*.

NOUVEAU PLAN STRATÉGIQUE POUR 2005-2008

Le Plan stratégique

Le Plan stratégique 2005-2008 expose les éléments essentiels à la réalisation de la mission du Bureau du coroner. Il tient également compte des orientations et des priorités d'action du gouvernement du Québec et du Plan de modernisation 2004-2007. Le Bureau du coroner vise à être la référence sur les phénomènes de mortalité violente et obscure au Québec, en plus de contribuer davantage à diminuer le nombre de décès. Les orientations stratégiques qui guideront les choix et les actions du Bureau du coroner au cours de 2005-2008 sont les suivantes :

- Première orientation : *Contribuer à la protection de la vie humaine et à la sécurité des citoyens*
- Deuxième orientation : *Être une organisation performante au service de sa clientèle*

LES RÉSULTATS STRATÉGIQUES

Orientation stratégique 1 : Contribuer à la protection de la vie humaine et à la sécurité des citoyens

Axe d'intervention : Diffusion d'information et sensibilisation

Objectif stratégique 1.1 : Contribuer au développement des connaissances et à la sensibilisation de la population québécoise aux phénomènes de mortalité

Indicateurs et cibles	Résultats 2005-2006
Bilan annuel traçant les tendances des phénomènes de mortalité au Québec produit et diffusé Échéance prévue : 31 mars 2008	Un bilan statistique annuel est publié dans le présent rapport.
Activités réalisées par le Bureau du coroner Échéance prévue : 31 mars 2008	En mars 2006, le Bureau du coroner a diffusé un communiqué de presse pour faire connaître les premières estimations du nombre de suicides en 2004, attirant ainsi l'attention sur une tendance à la baisse des suicides au Québec. En 2005-2006, le Bureau du coroner a diffusé 18 communiqués de presse ayant pour but la prévention.

Objectif stratégique 1.2 : Contribuer à stimuler la recherche dans le domaine de la prévention

Indicateurs et cibles	Résultats 2005-2006
Nombre annuel de chercheurs ayant consulté nos archives et domaines de recherche Activité continue	En 2005-2006, le coroner en chef a autorisé huit équipes de chercheurs à consulter les archives. Il s'agit, notamment, de recherches sur les accidents de la circulation, les accidents de véhicules hors route, les noyades, les homicides et les suicides.
Initiatives entreprises pour stimuler la recherche Échéance prévue : 31 mars 2008	En janvier 2006, le Bureau du coroner a entrepris l'adoption graduelle de la 10e Classification internationale des maladies (CIM-10). Cette classification permettra de standardiser la codification des causes de décès, ce qui facilitera l'interprétation et l'échange des données issues des rapports des coroners. Cette initiative était attendue des chercheurs.
Autres réalisations ou commentaires	
Un protocole de demande d'accès à nos archives a été établi, comprenant un feuillet d'information sur les conditions d'accès aux archives et un formulaire de demande d'accès, facilitant ainsi le traitement des demandes des chercheurs.	

Axe d'intervention : Diffusion des recommandations des coroners

Objectif stratégique 1.3 : Améliorer la diffusion des recommandations formulées par les coroners

Indicateurs et cibles	Résultats 2005-2006
Implantation d'un mécanisme de consultation des recommandations dans le site Internet Échéance prévue : 31 mars 2006	Le 16 juin 2005, un mécanisme de consultation a été implanté pour faciliter la recherche des recommandations dans le site Internet.
Nouvelles recommandations ajoutées mensuellement dans le site Internet Activité continue	Depuis septembre 2005, les nouvelles recommandations des coroners sont ajoutées mensuellement dans le site Internet.
Volume de consultation de la rubrique « Recommandations » dans le site Internet Activité continue	Mises en ligne en juin 2005, les « Recommandations » ont vu leur achalandage progresser de façon constante tout au long de l'année. Plus populaire que la recherche avancée, la navigation par types de décès a dépassé, à partir de janvier 2006, les 1 000 pages par mois pour chaque type, culminant en mars 2006 avec une moyenne de 3 400 pages consultées par mois pour chacun des 5 types. Pour l'année 2005-2006, c'est donc une moyenne de quelque 8 300 pages de la section « Recommandations » qui ont été consultées, soit presque le tiers du total des pages parcourues du site.

Orientation stratégique 2 : Être une organisation performante au service de sa clientèle

Axe d'intervention : Prestation des services de qualité

Objectif stratégique 2.1 : Assurer une amélioration constante du service à la clientèle

Indicateurs et cibles	Résultats 2005-2006
Ligne sans frais disponible	La ligne sans frais 1 866 312-7051 a été mise en service en mai 2005.
Volume de plaintes Activité continue	En 2005-2006, le volume des plaintes a augmenté de 15 %. Un pourcentage de 27 % d'entre elles sont fondées et imputables au délai de production du rapport d'investigation par le coroner. Plusieurs rappels ont été faits auprès des coroners au sujet de leur devoir de diligence.
Procédure d'application du *Code de déontologie des coroners* mise en place Échéance prévue : 31 mars 2008	La collecte d'information est débutée.

Objectif stratégique 2.2 : S'assurer que la population québécoise bénéficie d'une intervention planifiée du Bureau du coroner lors d'événements à décès multiples

Indicateurs et cibles	Résultats 2005-2006
Formation du personnel du Bureau du coroner et des coroners à l'opérationalisation du Plan d'intervention en cas de sinistre Échéance prévue : 31 mars 2008	Formation des coroners médecins sur l'identification des victimes au Colloque des coroners qui s'est tenu les 14, 15 et 16 avril 2005. Remise, à ce même colloque, d'une version révisée du Plan d'intervention en cas de sinistre.
Rencontre des partenaires concernés afin de permettre l'opérationalisation du Plan d'intervention en cas de sinistre Échéance prévue : 31 mars 2008	Les 21 et 22 février 2006, nous avons participé au Colloque sur la sécurité civile, ce qui a donné lieu à de nombreux échanges avec divers partenaires. En mars 2006, nous avons rencontré la Direction générale de la sécurité civile, afin de contribuer à la mise à jour du Plan national de sécurité civile.

Axe d'intervention : Complémentarité avec les partenaires

Objectif stratégique 2.3 : S'assurer d'une collaboration efficace avec nos partenaires pour optimiser le service et la sécurité des citoyens

Indicateurs et cibles	Résultats 2005-2006
Activités réalisées par le Bureau du coroner auprès de ses partenaires Échéance prévue : 31 mars 2008	En octobre 2005, nous avons assisté à l'exercice Double Impact. Cet exercice simulait une intervention lors d'un événement d'origine terroriste impliquant des matières chimiques. En décembre 2005, nous avons participé à un exercice de table Plan des mesures d'urgence Aéroport Montréal-Trudeau.

Axe d'intervention : Approche proactive dans la gestion des ressources humaines

Objectif stratégique 2.4 : S'assurer de la disponibilité des ressources humaines tout en tenant compte des objectifs gouvernementaux

Indicateurs et cibles	Résultats 2005-2006
Production d'un plan pluriannuel de main-d'oeuvre Activité continue	La planification de la main-d'oeuvre 2005-2008 a été produite en septembre 2005. Le plan est mis à jour continuellement durant l'année. Un départ à la retraite est à signaler pour 2005-2006.
Évolution annuelle des activités de recrutement des coroners Activité continue	Six concours de recrutement se sont tenus en 2005-2006 pour combler des postes dans les régions suivantes : Outaouais, Laurentides-Lanaudière, Montréal, Abitibi, Matapédia et Saint-Jean-sur-Richelieu. Nous n'avons reçu aucune candidature pour la Matapédia. En 2005-2006, neuf coroners à temps partiel et un coroner permanent ont été nommés.

Axe d'intervention : Service en ligne

Objectif stratégique 2.5 : Améliorer l'accessibilité des citoyens à l'information par le gouvernement en ligne

Indicateurs et cibles	**Résultats 2005-2006**
État d'avancement de la refonte du site Web	Une version transitoire du site Web refondu a été mise en ligne le 17 juin 2005. Une analyse des besoins d'affaires et de communication Web, complétée par la firme Alogia en juin 2005, a recensé 129 besoins d'affaires.
Volume annuel de visiteurs du site Internet et pourcentage de variation avec l'année précédente Activité continue	En 2005-2006, il y a eu 54 381 visiteurs, soit une baisse d'achalandage d'environ 11 % comparativement à 2004-2005. Cependant, la durée moyenne d'une visite du site Web a augmenté de 70 %. Donc, il y a eu un peu moins de visiteurs, mais ceux-ci ont navigué plus longtemps dans le site. Les pages les plus consultées sont : • recommandations des coroners, avec 5 685 visites; • mission du Bureau du coroner, avec 5 370 visites; • demande de copie de rapport, avec 4 457 visites. Le rapport annuel 2003-2004 a été le document le plus consulté pour l'ensemble des mois de 2005-2006. En moyenne, 55 % des visiteurs proviennent du Québec et 30 % d'entre eux appartiennent à des organismes gouvernementaux.

LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE LOIS, DE POLITIQUES ET DE RÈGLEMENTS GOUVERNEMENTAUX

L'accès à l'égalité en emploi

Divers programmes gouvernementaux sont en vigueur afin d'augmenter la représentation des membres des différentes composantes de la société québécoise. Nous devons donc respecter les objectifs fixés pour chacun des programmes et en faire état dans le rapport annuel de gestion.

Au cours de l'exercice 2005-2006, le Bureau du coroner a embauché un employé permanent, une stagiaire en droit, cinq employés occasionnels pour effectuer des remplacements temporaires et trois étudiants pour la période estivale.

- ***Les membres des communautés culturelles, autochtones et anglophones***

De ces dix personnes embauchées, une d'entre elles fait partie d'une communauté culturelle, ce qui représente 10 % du taux d'embauche. Aucune d'entre elles n'est autochtone ni anglophone.

- ***Les personnes handicapées***

Les personnes handicapées ne sont pas représentées au Bureau du coroner, bien que la cible gouvernementale soit de 2 %.

Quoique le Bureau du coroner soit très sensibilisé aux objectifs gouvernementaux en matière d'égalité en emploi, sa petite taille et son très faible taux de roulement expliquent le peu d'embauche.

- ***Jeunes de moins de 35 ans***

Des personnes embauchées, 50 % étaient âgées de moins de 35 ans, ce qui est inférieur à la cible gouvernementale en matière de rajeunissement de la fonction publique, qui est de 75 %.

- ***Les femmes***

Dans la plupart des corps d'emploi, le taux de représentation des femmes est supérieur à la cible gouvernementale.

Les femmes représentent un peu plus de 50 % de l'effectif autorisé du Bureau du coroner qui se répartit comme suit :

Catégorie d'emploi	Femmes	Effectif autorisé	% de femmes
Emplois supérieurs (coroners)	5	14	36
Cadres supérieurs	0	3	0
Professionnels	6	10	60
Techniciens	3	3	100
Employés de bureau	15	15	100
Ouvriers	2	11	18
Total	**31**	**56**	**54**

L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de 2005-2006, le Bureau du coroner a reçu et traité huit demandes d'accès à l'information en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

Afin de respecter ses engagements dans sa Déclaration de services aux citoyens et de faciliter l'application de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, le Bureau du coroner participe aux activités du réseau des responsables de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels des ministères et organismes.

La politique linguistique

Le Bureau du coroner applique la même politique linguistique que le ministère de la Sécurité publique. Un outil linguistique est disponible dans l'intranet ministériel afin d'informer le personnel quant à l'amélioration de la qualité de son français.

L'éthique et la déontologie

Le *Code de déontologie des coroners*, reproduit en annexe, est remis et expliqué à tous les nouveaux coroners. Il décrit les devoirs des coroners envers le défunt, le public, les autres coroners, les personnes impliquées dans les circonstances d'un décès et les personnes appelées à participer à une investigation ou à une enquête. Aucun manquement à ce code n'a été soulevé en 2005-2006.

Le développement des ressources humaines

En vertu de la *Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre*, une proportion de 1 % de la masse salariale doit être réservée à la formation. Le Bureau du coroner a atteint cet objectif puisqu'il a consacré 1 % à la formation et au développement de ses ressources humaines.

Le programme d'aide aux personnes

Ce programme vise à offrir de l'aide aux personnes, afin qu'elles puissent prévenir ou résoudre des problèmes personnels ou professionnels nuisant ou susceptibles de nuire à leur rendement au travail. Ces services, gratuits et confidentiels, reposent sur une démarche volontaire de la part des employés.

Le Bureau du coroner a consacré, au cours du présent exercice, 1 573 $ à ce programme qui s'inscrit dans la volonté de l'organisation de favoriser le développement et la santé des personnes au travail.

La santé et sécurité au travail

En 2005-2006, on recense seulement un événement reconnu comme un accident de travail ou une maladie professionnelle occasionnant la perte de onze jours de travail. Par contre, un employé a été en invalidité au cours de cette année.

La protection des non-fumeurs

Conformément à la *Loi sur le tabac*, il est interdit de fumer dans les locaux et les établissements appartenant au Bureau du coroner.

PARTIE 3
BILAN DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

LES RESSOURCES HUMAINES

Le territoire du Québec est desservi par des coroners qui, en tout temps, peuvent prendre avis pour des décès signalés principalement par le réseau de la santé ou les corps policiers. Au 31 mars 2006, 80 coroners étaient actifs, y compris le coroner en chef et les coroners en chef adjoints. De ce nombre, 13 étaient permanents et 67 travaillaient à temps partiel. Parmi ces derniers, 50 sont médecins et 17 sont avocats ou notaires. Quant aux coroners permanents, on dénombre 7 coroners investigateurs et 3 coroners enquêteurs.

À l'exception des régions de Québec, de Montréal, de Lanaudière, du Nord-du-Québec et des Îles-de-la-Madeleine où l'essentiel du travail est fait par des coroners investigateurs permanents, les autres régions du Québec sont desservies par des coroners investigateurs à temps partiel. Les coroners investigateurs à temps partiel sont des professionnels qui, en plus de leur charge de travail, acceptent d'agir comme coroners dans un territoire que leur assigne le coroner en chef.

Les coroners sont assistés, dans leurs fonctions, par le personnel de la fonction publique sur les plans professionnel et administratif. Au 31 mars 2006, l'effectif autorisé comprenait 56 équivalents à temps complet, soit 51 permanents et 5 occasionnels. On comptait le même effectif en 2004-2005.

Le tableau qui suit présente la répartition de ces emplois, selon leur catégorie.

Catégorie d'emploi	Permanents	Occasionnels	Total
Coroners	14		14
Cadres	3		3
Professionnels	10		10
Techniciens	3		3
Employés de bureau	15		15
Ouvriers	6	5	11
Total	**51**	**5**	**56**

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le tableau ci-dessous présente la répartition des crédits octroyés au 1er avril 2005 pour 2005-2006 ainsi que celle de 2004-2005.

◆ ***Répartition des crédits votés le 1er avril 2005 pour 2005-2006***

Crédits	2004-2005 (k$)	2005-2006 (k$)
Traitement	3 887,3	3 851,6
Fonctionnement	3 120,6	3 125,1
Capital	88,4	88,4
Total	**7 096,3**	**7 068,1**

En 2005-2006, l'enveloppe budgétaire a diminué de 35,7 k$ pour tenir compte des mesures de réduction.

Le tableau qui suit présente les dépenses réelles par grandes catégories budgétaires au 31 mars 2006.

◆ ***Dépenses réelles, par catégories budgétaires, au 31 mars 2006***

Dépenses	2004-2005 (k$)	2005-2006 (k$)
Traitement	3 846,9	3 706,9
Fonctionnement	3 074,5	3 082,9
Capital	103,7	73,1
Total	**7 025,1**	**6 862,9**

Les crédits périmés, pour l'année financière 2005-2006, s'élèvent à 205,2 k$.

SECTION 2

LE RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS

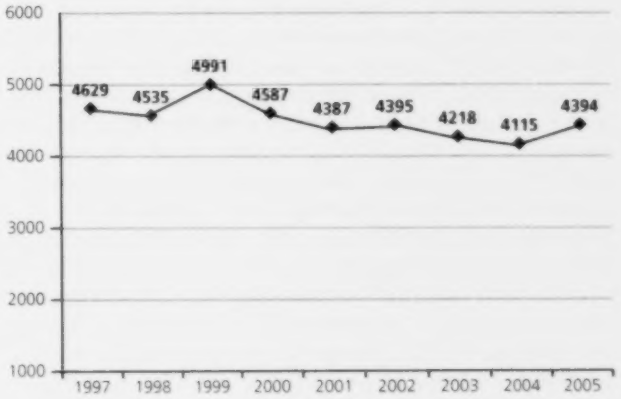
LES INVESTIGATIONS

En vertu de l'article 29 de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, la section suivante décrit les activités des coroners pour l'année civile 2005.

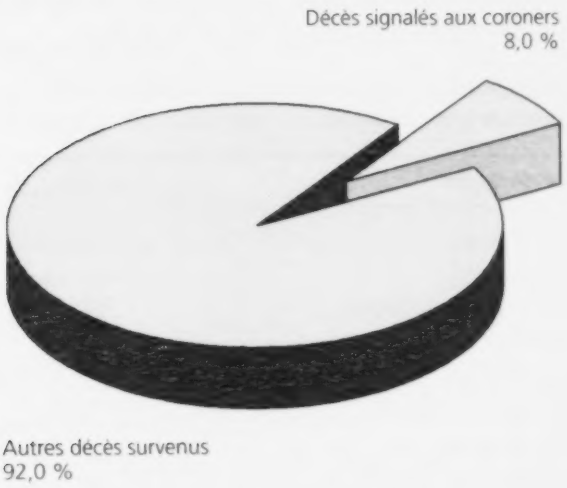
Les décès signalés aux coroners

En 2005, 4 394 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans 8 % des 55 200 décès survenus au Québec en 2005. Depuis 1997, le nombre de décès signalés aux coroners est inférieur à 5 000 annuellement. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (75,2 %).

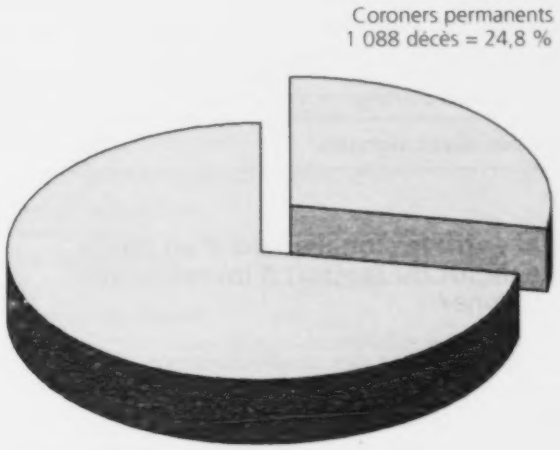
◆ ***Évolution des décès signalés aux coroners de 1997 à 2005***



◆ ***Pourcentage des décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec en 2005***



◆ ***Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel, 2005***



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2005. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes représentent la plus grande part (68,7 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (23 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (6,0 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,3 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme, entre autres, les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

◆ ***Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2005***

Raison de l'intervention	Nombre	%
Circonstances obscures ou violentes	3 018	68,7
Causes médicales indéterminées	1 010	23
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	267	6,0
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	12	0,3
Autres raisons ou raison non disponible	87	2,0
Total des décès signalés	**4 394**	**100,0**

Délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner

Sauf dans la plupart des cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le signalement d'un décès au coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef. Sur la base des investigations terminées de 2001 à 2004, le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est d'environ 8 mois.

Sur les 4 394 décès signalés en 2005, 3 196 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 2 juin 2006. Il reste donc, à cette même date, 1 198 décès en cours d'investigation, soit 27,3 % des décès signalés.

◆ ***État des rapports d'investigation sur les décès signalés en 2005***

État des rapports au 2 juin 2006	Nombre	%
Rapports terminés	3 196	72,7
Rapports non terminés	1 198	27,3
Total des décès signalés	**4 394**	**100,0**

Les rapports remis en 2005

Un total de 4 178 rapports ont été remis en 2005, dont 2 979 (71,3 %) par des coroners à temps partiel et 1 199 (28,7 %) par des coroners à temps plein. Le tableau suivant fait état de la ventilation des rapports reçus en 2005 selon le type de décès. Puisque ces rapports concernent des décès survenus au cours de différentes années, il ne serait pas utile d'en faire une analyse épidémiologique plus détaillée.

◆ ***Rapports d'investigation reçus en 2005 selon le type de décès***

Type de décès	Nombre	%
Accident	1 362	32,6
Suicide	1 225	29,3
Décès de cause naturelle	1 108	26,5
Sortie de corps	251	6,0
Homicide	115	2,8
Décès traumatique d'intention indéterminée	73	1,7
Décès de cause indéterminée	28	0,7
Entrée de corps	16	0,4
Total des rapports	**4 178**	**100,0**

Les demandes de copies conformes des rapports

• *Les copies conformes des rapports transmises sur demande*

En 2005, le Bureau du coroner a transmis 3 123 copies conformes de rapports de coroners demandées par les familles des personnes décédées et par les tiers intéressés (assureurs, notaires, etc.), ce qui représente près de 39 % de l'ensemble des copies conformes transmises sur demande.

Par ailleurs, 4 941 copies de rapports ont été transmises aux corps policiers et aux hôpitaux. De plus, 874 copies de rapports d'investigation ou d'enquête ont été demandées par des ministères et organismes qui travaillent en prévention des blessures ou qui effectuent des recherches dans ce domaine. Dans ces cas, il s'agit de requêtes concernant des types de décès particuliers.

◆ *Répartition des copies conformes transmises sur demande en 2005, selon la provenance*

Clientèle	Nombre	%
Citoyens et autres	**3123**	**38,7**
– Familles	2429	30,1
– Compagnies d'assurance	319	4,0
– Avocats et notaires	155	1,9
– Autres (amis, médias)	220	2,7
Collaborateurs	**4941**	**61,3**
– Corps policiers	2943	36,5
– Hôpitaux	1124	14,0
Ministères et organismes intervenant en prévention	**874**	**10,8**
Total des copies conformes transmises sur demande	**8064**	**100**

Les autopsies et les examens de laboratoire

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2005.

Des autopsies ont été ordonnées pour 39,8 % des décès signalés aux coroners, ce qui représente un total de 1 747 autopsies. Selon les données disponibles, environ le tiers de ces autopsies ont été pratiquées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal, et les autres, dans des hôpitaux.

Les examens de laboratoire sont aussi fréquemment demandés par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données préliminaires pour 2005 montrent que, dans un peu plus d'un décès sur deux, le coroner demande de tels examens.

◆ *Décès ayant fait l'objet d'expertises demandées par les coroners et lieux d'exécution en 2005*[1]

Expertises	Nombre	%[2]
Autopsies	**1 747**	**39,8**
– Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	599	(34,3)
– Hôpitaux	1 032	(59,1)
– Données non disponibles	116	(6,6)
Alcoolémie ou toxicologie	**2 271**	**51,7**
– Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	529	(23,3)
– Centre de toxicologie du Québec (INSPQ)	1 697	(74,7)
– Centres hospitaliers	45	(2,0)
Autres expertises[3]	**498**	**11,3**

1. Les données sont provisoires.
2. Les pourcentages en gras sont calculés sur les 4 394 décès signalés en 2005, alors que les pourcentages entre parenthèses se rapportent au sous-total de chaque catégorie.
3. Il s'agit, par exemple, de la vérification mécanique d'un véhicule, d'une expertise en anthropologie judiciaire, d'une expertise en balistique.

Quelques rapports d'investigation déposés au cours de 2005

- ***Location de motoneiges et expérience des conducteurs***

Deux motoneigistes perdent la vie lors de deux événements distincts, mais dans des circonstances similaires.

L'une des victimes est un touriste français de 62 ans qui prenait part à un voyage organisé en motoneige. Après une courbe relativement prononcée, il a effectué une sortie de piste. Une accélération involontaire, probablement à la suite d'une confusion entre les manettes de freinage et d'accélération, en serait la cause. C'est vraisemblablement l'inexpérience de la victime qui a causé sa sortie du sentier, alors qu'elle devait tenter de suivre la cadence du groupe.

L'autre victime est un Montréalais de 36 ans, qui avait loué une motoneige la veille de l'accident. Il avait peu d'expérience dans la conduite de cet engin. Sur un sentier sinueux, il a perdu la maîtrise de sa motoneige dans une pente et il a percuté un arbre.

Le coroner s'interroge sur la sécurité offerte aux touristes et aux débutants qui, sans formation prolongée ni expérience pratique, utilisent ce moyen de transport dans des conditions difficiles. Les participants à des randonnées organisées doivent observer certaines règles de sécurité, mais le coroner se demande jusqu'à quel point elles sont suivies et respectées. Il souhaite un meilleur encadrement des personnes qui louent des motoneiges et une limite quant au niveau de performance des motoneiges en location, évitant ainsi à des personnes peu expérimentées d'atteindre des vitesses dangereuses. Il fait donc des recommandations en ce sens.

- ***Le jeu compulsif par l'achat excessif de billets de loterie***

Un homme de 62 ans aux prises avec un problème de jeu compulsif se suicide par arme à feu.

Au cours des derniers mois, l'homme avait dépensé des milliers de dollars pour l'achat de billets de loterie, de type Banco. Il avait déjà gagné deux fois des sommes importantes, ce qui l'avait encouragé à continuer.

Selon le coroner, la population devrait être sensibilisée au fait que le jeu compulsif, habituellement associé aux casinos et aux appareils de loterie vidéo, peut également survenir lors de l'utilisation d'autres types de jeux offerts par Loto-Québec.

Le coroner recommande donc à Loto-Québec de sensibiliser ses concessionnaires de vente de billets à l'importance de reconnaître les personnes ayant un comportement de joueur compulsif et de remettre à ces dernières de la documentation qui les aiderait à s'identifier comme des personnes ayant un problème de jeu et devant obtenir de l'aide.

- ***Visibilité des tracteurs de ferme sur les routes***

Trois personnes décèdent dans un accident de la circulation impliquant deux automobilistes et un tracteur de ferme tirant une remorque. L'accident est survenu le soir, sur une route rurale.

Le conducteur circulait dans le même sens que le véhicule de ferme. En apercevant la remorque du tracteur, il a freiné, mais a heurté l'arrière de la remorque, provoquant ainsi le dérapage de son véhicule, puis un impact avec celui venant en sens inverse, et un tonneau.

Dans son rapport, le coroner recommande que soit retirée du *Code de la sécurité routière* l'exemption permettant à un véhicule de ferme de ne pas être muni de feux de position blancs à l'avant et rouges en arrière.

- ***Protection des personnes âgées en perte d'autonomie et vivant en résidences***

Une femme de 81 ans, circulant en marchette, sort de la résidence par la porte panique, une nuit où il fait un froid sibérien. Elle chute à l'extérieur et, désorientée, elle marche dans la neige. Elle est trouvée sur le sol enneigé quelques heures plus tard. Son décès est attribuable à l'hypothermie.

Le préposé qui travaillait cette nuit-là était seul et avait sous sa responsabilité une soixantaine de résidents, dont plusieurs en perte d'autonomie.

Le coroner souligne l'absence de protocole de fugue dans cette résidence, si ce n'est que de communiquer rapidement avec le propriétaire. De plus, les portes n'étaient pas munies d'un système d'alarme relié à un téléavertisseur, de sorte que le préposé ignorait si quelqu'un entrait de l'édifice ou en sortait.

Le coroner recommande que les résidences et les centres hospitaliers de soins de longue durée privés munissent les portes menant à l'extérieur d'un système d'alarme relié à un téléavertisseur porté par un préposé de nuit. Il recommande un protocole de fugue, lequel serait rappelé au préposé avant la saison froide. Finalement, pour les résidences hébergeant plus de 40 personnes, le coroner recommande la présence de deux préposés.

- ***Régime amaigrissant utilisé en vue d'un concours de beauté***

Une jeune femme de 27 ans se préparait à un concours de beauté et de personnalité et avait comme ambition de gagner. Même si elle considérait qu'elle était à son poids idéal, elle tentait de faire disparaître un peu de tissu adipeux sur son abdomen et d'augmenter sa masse musculaire.

Cette jeune femme mangeait peu, s'entraînait beaucoup et consommait des médicaments non autorisés au Canada. Elle s'en procurait en vente libre dans un centre de produits naturels.

Un débalancement électrolytique, qui a fort probablement causé une arythmie cardiaque fatale, s'est développé progressivement la semaine précédant son décès et a été, en partie, masqué par l'utilisation de stimulants qui ont provoqué des épisodes de bien-être.

Les valeurs de certaines personnes peuvent aller jusqu'à leur faire nier une certaine réalité, au point de mettre leur vie en jeu. Le coroner souhaite sensibiliser davantage le public aux dangers de certains régimes amaigrissants et à l'augmentation de la masse musculaire sans contrôle alimentaire adéquat.

LES ENQUÊTES

- ***L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie***

Année	Nombre d'enquêtes	Nombre de décès
1996	9	29
1997	9	64
1998	20	31
1999	7	18
2000	12	22
2001	11	12
2002	24	32
2003	9	10
2004	2	2
2005	3	4
TOTAL	**106**	**224**

En 2005, le coroner en chef a ordonné trois enquêtes publiques. Douze enquêtes ont été conclues en 2005. Onze d'entre elles avaient été ordonnées au cours des années précédentes. Au 31 décembre 2005, 10 enquêtes étaient en cours. Le délai moyen entre l'ordonnance de l'enquête et le dépôt du rapport, pour les douze enquêtes conclues en 2005, était de 31 mois.

Les enquêtes en cours en 2005

Nom/Prénom Nature et date du décès	Date de l'ordonnance	Coroner enquêteur	Lieu de l'enquête
Yu, Stéphanie ***Yu, Tiffany*** ***Wong, Doris*** ***Fullum, Marielle*** Noyade – Lady Duck (2002-06-23)	29 juin 2002	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Rivière-des-Outaouais
Couture, Yannick Accident de planche à neige dans un parc à neige (2003-02-15)	10 mars 2003	M[e] Andrée Kronström	Sherbrooke et Québec
Guay, Pierre-Étienne Skieur qui frappe un arbre (2003-03-22)	9 avril 2003	M[e] Andrée Kronström	Chicoutimi et Québec
Gagnon, Shirley Décès dans un centre hospitalier (2002-12-20)	22 avril 2003	M[e] Luc Malouin	Saint-Joseph-de-Beauce
Bergeron, Jean-François Accident impliquant un véhicule tout-terrain et une voiture de police (2003-04-09)	20 mai 2003	M[e] Catherine Rudel-Tessier	À déterminer
Forgeot, Cyril Accident de voiture (2003-06-14)	29 septembre 2003	M[e] Catherine Rudel-Tessier	À déterminer
Wells, Cosmo Chute dans un centre hospitalier (2003-08-15)	14 octobre 2003	M[e] Luc Malouin	Saint-Jean-sur-Richelieu
Berniquez, Michel Arythmie cardiaque fatale après son arrestation par des policiers (2003-06-28)	28 septembre 2004	M[e] Andrée Kronström	Montréal
Linetsky, Jaclyn ***Schneider, Vadim*** Accident de voiture (2005-01-08)	16 février 2005	M[e] Andrée Kronström	Longueuil
Lavoie, Carole-Anne Décès de cause médicale inconnue d'une fillette à l'Hôpital Saint-Joseph de la Malbaie (2005-01-18)	16 février 2005	M[e] Catherine Rudel-Tessier	La Malbaie

Les rapports d'enquête déposés au cours de 2005

• *Le suivi médical revu à la suite du suicide d'un détenu*

Un homme de 37 ans est trouvé pendu dans sa cellule, dans un établissement de détention fédéral.

Le détenu s'est suicidé dans un contexte de désorganisation mentale qui serait attribuable à la prise de Rebetron servant à traiter l'hépatite C dont il était porteur depuis des années. Or, cette médication peut causer des effets secondaires d'ordre psychiatrique, allant jusqu'aux idées suicidaires. Elle doit donc être utilisée avec une grande prudence.

Dans son rapport, le coroner conclut qu'une meilleure connaissance des dossiers médicaux et une meilleure communication des renseignements sur les détenus auraient permis aux médecins de prendre des décisions mieux éclairées quant à la pertinence du traitement. Elles auraient aussi favorisé une meilleure surveillance, évitant probablement le décès.

Le coroner recommande donc au Service correctionnel du Canada qu'un bilan psychiatrique soit dressé pour tout patient devant recevoir un traitement de Rebetron. Il souhaite également que le système informatisé de gestion des dossiers soit amélioré, afin que les antécédents psychiatriques, notamment suicidaires, soient facilement accessibles à toute personne autorisée qui intervient auprès d'un détenu. Finalement, le coroner recommande l'échange de renseignements sur l'état de santé du détenu entre le personnel médical et le personnel correctionnel.

• *Décès accidentels de personnes âgées en perte d'autonomie et vivant en résidences*

Cinq décès accidentels de personnes âgées, dont quatre vivant dans les résidences privées et une autre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, ont fait l'objet d'enquêtes publiques distinctes, et les conclusions ont été regroupées dans un seul rapport.

Au terme de ces enquêtes, il s'est dégagé une inadéquation entre les besoins et les services offerts à ce type de clientèle.

D'une part, le vieillissement de la population et la volonté gouvernementale de maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie naturel ont entraîné une augmentation importante du nombre de résidences privées. D'autre part, ce développement s'est fait sans encadrement suffisant.

Le coroner a formulé différentes recommandations s'adressant au ministre de la Santé et des Services sociaux, aux propriétaires de résidences privées, aux centres hospitaliers, au Collège des médecins du Québec et à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Un contrôle doit être exercé sur l'ensemble des résidences privées, peu importe le nombre de chambres offertes en location. Elles doivent être sécuritaires et offrir un milieu de vie adapté aux besoins des personnes qui y vivent. L'état de ces personnes en perte d'autonomie, susceptible de se dégrader, doit être évalué régulièrement et systématiquement par les intervenants médicaux et sociaux.

Les propriétaires des résidences doivent remettre régulièrement en question leurs capacités à prendre soin de chacun de leurs pensionnaires et, au besoin, les orienter vers d'autres ressources.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit s'assurer que les propriétaires de résidences privées et les membres de leur personnel reçoivent une formation minimale de préposés aux bénéficiaires.

Les recommandations du coroner portent à la fois sur les résidences elles-mêmes (permis d'exploitation, normes minimales en matière de sécurité du bâtiment et de qualité des services et des soins, inspections régulières) et sur la formation du personnel qui y travaille.

• *Les dangers du courant électrique domestique*

Un enfant de 9 ans décède d'un arrêt cardiorespiratoire par électrocution accidentelle, alors qu'il accompagnait son père à des activités de rodéo. Une roulotte empruntée avait été installée près d'un poteau muni d'une prise de courant, et une rallonge permettait de brancher cette roulotte.

La veille, il avait plu et le terrain était encore mouillé. La rallonge reposait par terre et une partie, soit la jonction entre la rallonge et le cordon d'alimentation de la roulotte, trempait dans une flaque d'eau boueuse.

Le jour de l'accident, alors qu'il était pieds nus, l'enfant a posé le pied gauche sur le marchepied de métal tout en s'agrippant avec sa main droite au châssis de la roulotte, le pied droit étant par terre. Subitement, il est tombé sur le dos, la jambe gauche toujours sur le marchepied de métal.

Les secours lui ont été portés. Les ambulanciers sont arrivés environ 12 minutes plus tard et lui ont donné un choc à l'aide du moniteur défibrillateur. L'enfant n'a jamais repris conscience.

L'enquête a démontré que la mise sous tension de la roulotte s'explique par la présence d'un courant de fuite, puisque la connexion entre la rallonge et le cordon d'alimentation de la roulotte a trempé dans de l'eau sale. La continuité des masses était alors résistive (mise à la terre) et ne permettait pas de retourner à sa source un courant électrique.

Selon le coroner, les normes techniques concernant la continuité des masses devraient être appliquées aux installations électriques extérieures temporaires. À la suite d'une électrocution, les soins devraient être plus efficaces. L'accès précoce à un défibrillateur demeure essentiel lors d'un arrêt cardiaque (fibrillation). Il faut aussi accroître les connaissances des Québécois sur les dangers du courant électrique, un simple fourmillement pouvant se transformer en électrocution.

Les recommandations formulées par le coroner s'adressent à la Régie du bâtiment du Québec, à la Corporation des maîtres-électriciens du Québec, à Hydro-Québec, à la Fondation des maladies du cœur, au ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'aux entreprises concernées par cet événement.

- ***La sécurité des piétons sur la voie réservée du boulevard Pie-IX***

Deux piétons ont été heurtés par des autobus de la Société de transport de Montréal circulant dans la voie qui leur était réservée, sur le boulevard Pie-IX.

La voie réservée du boulevard Pie-IX, médiane et à contresens de la circulation, augmente les risques de tels accidents, particulièrement chez les piétons indisciplinés qui traversent les rues à l'extérieur des intersections et sur des feux rouges.

L'analyse de tous les éléments lus et entendus lors de cette enquête amène le coroner à conclure que l'on peut assurer la protection de la vie humaine en agissant sur trois éléments : la victime (le piéton), l'agent agresseur (l'autobus et son chauffeur) et l'environnement (le boulevard Pie-IX).

Si la décision était prise de remettre en service la voie à contresens, le coroner insiste sur le fait que tout devrait être mis en œuvre pour la rendre sécuritaire. Les divers partenaires concernés devraient se concerter afin de rendre ce couloir plus sécuritaire.

Certains aménagements devraient également être réalisés. Ainsi, une clôture infranchissable devrait être installée sur toute la longueur de la voie et des feux piétonniers à toutes les intersections ouvertes aux passages des piétons. Enfin, le coroner croit qu'il faut penser à des mesures générales d'enseignement et de sensibilisation pour les piétons.

- ***Un incendie inusité dans le quartier Pointe-du-Lac***

La nuit de cet événement, un appel a été fait au 9-1-1 de la Ville pour un incendie dans un restaurant du quartier Pointe-du-Lac. Presque au même moment, le 9-1-1 a reçu plusieurs appels signalant une panne d'électricité et un bris de transformateur dans une rue à proximité. Des policiers et des pompiers se sont rendus aux deux endroits. Hydro-Québec et Gaz Métro ont été avisés.

Dès leur arrivée, les pompiers ont noté une forte odeur de gaz autour du restaurant. Une fuite de gaz alimentait l'incendie. Des fils électriques touchaient le sol et provoquaient des éclairs. Des poches de gaz s'échappaient des fissures du chemin et du trottoir. L'évacuation des résidants a commencé.

Peu de temps après, alors que les pompiers étaient toujours au restaurant, une première explosion s'est produite, suivie quelques minutes plus tard de deux autres et d'un grand incendie. Sept édifices ont été détruits. La victime a été trouvée dans un des logements de ce pâté de maisons.

Le coroner s'est penché sur la cause de la fuite de gaz et du bris du fil électrique, sur l'évaluation du travail des pompiers, des policiers et des ambulanciers ainsi que sur les interventions d'Hydro-Québec et de Gaz Métro.

Le coroner recommande à la Ville de Trois-Rivières de séparer son service de police et celui des incendies.

À Gaz Métro, il recommande de trouver un moyen plus rapide de couper l'alimentation en gaz en cas de fuite. Il souhaite également que la population soit sensibilisée à la nécessité d'aviser sans délai les bureaux régionaux de Gaz Métro et d'Hydro-Québec lorsque quelque chose d'anormal se produit dans le voisinage.

• ***Responsabiliser les adeptes de l'escalade***

Trois personnes décèdent lors de deux événements dans un contexte d'escalade. Les deux événements ont fait l'objet d'enquêtes distinctes, et les conclusions ont été regroupées dans un seul rapport.

Le premier accident est survenu alors qu'un jeune homme de 21 ans participait à une fin de semaine de formation et en était à ses premiers essais sur parois rocheuses. Avec quelques amis, il s'était inscrit à un cours de descente en rappel et s'était porté volontaire pour la première descente. La sangle à laquelle il était suspendu comportait un joint qui, en cédant, a précipité le jeune homme au bas de la falaise (une chute d'environ 15 mètres). L'enquête a révélé que la sangle était neuve et que personne ne s'était rendu compte de cette défectuosité, malgré la manipulation de la sangle durant toute la matinée. Puisque aucun autre dispositif de sécurité n'était en place pour retenir le jeune homme, sa chute n'a pu être évitée.

Le second événement est survenu en août 2002 et a entraîné la mort d'un homme et d'une femme qui gravissaient le cap Trinité. Comme l'expédition devait durer plusieurs jours, ils avaient donc prévu passer la nuit à flanc de montagne sur une plateforme de bivouac empruntée à un ami. Selon l'enquête, en raison de leur manque d'expérience à manipuler ce type de matériel et de leur manque de compétences techniques pour mener à bien leur projet, ils ont chuté.

Puisque les adeptes de ce sport sont de plus en plus nombreux, le coroner a jugé opportun de réunir tous les groupes et les personnes intéressés à la pratique de l'escalade au Québec, afin d'examiner les mesures qui pourraient être prises pour améliorer la sécurité dans la pratique de ce sport.

Les experts se sont penchés sur les règles fondamentales de sécurité et de prudence que devraient respecter les grimpeurs ainsi que leur diffusion, sur les normes régissant l'équipement d'escalade ainsi que sur la formation et l'encadrement des grimpeurs et de leurs instructeurs. Des recommandations ont également été formulées sur les sauvetages en montagne.

• ***Respect de la posologie des médicaments***

Un homme de 43 ans décède accidentellement d'une intoxication mixte aux opiacés (morphine et méthadone).

L'homme utilisait depuis longtemps des médicaments pour ses problèmes de douleur chronique à la suite d'une blessure à une main. Il devait prendre de la morphine, qui lui était injectée par une pompe intrathécale et de la méthadone sous forme de sirop. La victime est décédée d'une intoxication mixte aux opiacés, et c'est la méthadone qui a été le facteur déterminant du décès.

C'est probablement en voulant soulager certains inconforts que la victime a consommé une dose de méthadone supérieure à la dose prescrite. En fait, l'homme en aurait pris environ de 2 à 7 fois la dose prescrite (2 à 7 ml), l'équivalent d'environ une gorgée ou une cuillerée à thé.

Il savait probablement que la méthadone agissait comme la morphine et que, comme tout autre médicament, il était important de respecter le dosage prescrit. Cependant, il devait probablement ignorer les dangers pour sa vie d'en prendre au besoin et de ne pas suivre la posologie, même en excédant d'une petite quantité. En effet, selon la concentration, l'ingestion d'une petite quantité de méthadone peut causer une intoxication mortelle.

Afin d'accroître la sécurité, le coroner fait ressortir les dangers de ne pas suivre fidèlement la posologie des médicaments prescrits. Il encourage également le ministère de la Santé et des Services sociaux à continuer sa campagne de sensibilisation concernant le bon usage des médicaments et à insister sur le fait que certains d'entre eux peuvent être parfois mortels s'ils ne sont pas pris selon les consignes médicales ou pharmaceutiques.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

L'article 98 de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* prévoit que le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, associations, ministères ou organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2005, les coroners ont déposé 302 rapports comportant une ou plusieurs recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

Le présent rapport annuel des activités des coroners n'intègre pas la liste des recommandations, car elle est trop longue pour y figurer. Cependant, les recommandations des années 2001 à 2006 sont disponibles dans le site Web du Bureau du coroner.

◆ ***Recommandations transmises pour suivi en 2005***

Catégorie de décès	**Total**	**%**
Cause naturelle	61	12,8
Décès accidentels	354	74,2
– Accidents de transport terrestre	144	30,2
– Autres accidents	210	44,0
Suicides et homicides	55	11,5
Indéterminés quant à l'intention	7	1,5
Total	**477**	**100,0**

SECTION 3

BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC, ANNÉES 1998 À 2004

Classification statistique des décès ayant fait l'objet d'une investigation ou d'une enquête du coroner

Un aspect important du travail des coroners consiste à documenter les causes et les circonstances des décès obscurs ou violents de manière à permettre leur classification selon les règles de la Classification internationale des maladies et des blessures. Cette classification est particulièrement utile pour comparer la mortalité québécoise aux réalités observées ailleurs au Canada et dans le monde.

La classification statistique des décès est fondée sur quelques définitions de base. Tout d'abord, les décès sont répartis en deux grandes catégories : naturels ou violents (traumatiques).

Le décès naturel : décès causé par une maladie ou par le processus naturel du vieillissement. La majorité (94 %) des décès qui surviennent au Québec appartiennent à cette catégorie. Généralement, le coroner n'a pas à intervenir, sauf dans quatre situations précises : lorsque les causes médicales ne peuvent être établies, lorsque le décès survient dans certains lieux définis par la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, lorsque l'identité de la personne décédée est inconnue et, enfin, lorsque le décès survient dans des circonstances obscures. Les décès naturels représentent environ le quart des décès investigués par les coroners. Ils ne font toutefois par l'objet d'analyses statistiques particulières par le Bureau du coroner en raison du peu de représentativité de ceux-ci par rapport à l'ensemble de la mortalité naturelle au Québec.

Le décès violent ou par traumatisme : décès consécutif soit à un transfert d'énergie causant des lésions, soit à l'absence d'un élément essentiel à la vie tel que l'oxygène ou la chaleur. Il s'agit généralement de décès dans lesquels un événement soudain provoque la mort soit de manière accidentelle, soit par suicide, soit par homicide. Ces décès doivent obligatoirement être soumis aux coroners.

- Le décès accidentel : décès causé par un traumatisme non intentionnel.

- Le suicide : décès causé par un traumatisme qu'une personne s'inflige elle-même, avec l'intention de se donner la mort.

- L'homicide : décès causé par un traumatisme infligé par une autre personne, avec l'intention de blesser ou de tuer.

- Le décès indéterminé quant à l'intention : les décès sont regroupés dans cette catégorie lorsque l'investigation ou l'enquête n'a pu conclure ni à un accident, ni à un suicide, ni à un homicide.

Le concept de « décès par traumatisme » est bien connu et bien compris en santé publique. Ainsi, pour des raisons de clarté, nous utiliserons cette expression plutôt que « décès violent » dans le reste du document.

Délais dans le dépôt des rapports

La plupart des rapports des coroners prennent plusieurs mois avant d'être transmis au coroner en chef, et ce pour différentes raisons, dont la complexité des causes et des circonstances du décès, les délais dans lesquels le coroner obtient les rapports d'autopsie, de toxicologie et de police, etc. Dans le cas d'un rapport non déposé, le coroner en chef est toutefois en possession d'indications sur les causes et les circonstances probables du décès faisant l'objet de l'investigation. En effet, dès la prise en charge d'un décès par un coroner, ce dernier fait parvenir un formulaire au coroner en chef sur lequel il précise les raisons justifiant son intervention. Bien que ces données soient provisoires et sujettes à changement, elles traduisent bien la réalité. Dans les faits, l'inclusion des données provisoires permet de produire des statistiques annuelles plus valides et plus près de la réalité que leur exclusion. Voilà pourquoi ces données provisoires sont intégrées aux bilans statistiques lorsque c'est possible. C'est ce qui explique l'ajout d'une catégorie « à déterminer » dans les tableaux statistiques.

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres peuvent varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données n'est jamais fermée. L'information contenue dans chaque nouveau rapport reçu est intégrée à la banque dès qu'elle est accessible, peu importe l'année du décès. Les données suivantes permettent au lecteur de mesurer la portée de ces imputations pour 2003 et 2004.

État des rapports de 2003, au 2 juin 2006

4 218 décès soumis aux coroners

- 4 089 rapports déposés (96,9 %)
- 129 rapports à venir (3,1 %)

Selon les renseignements préliminaires accessibles, parmi les 129 décès dont le rapport est à venir, 102 (79,1 %) seraient des décès par traumatisme.

État des rapports de 2004, au 2 juin 2006

4 115 décès soumis aux coroners

- 3 912 rapports déposés (95,0 %)
- 203 rapports à venir (5,0 %)

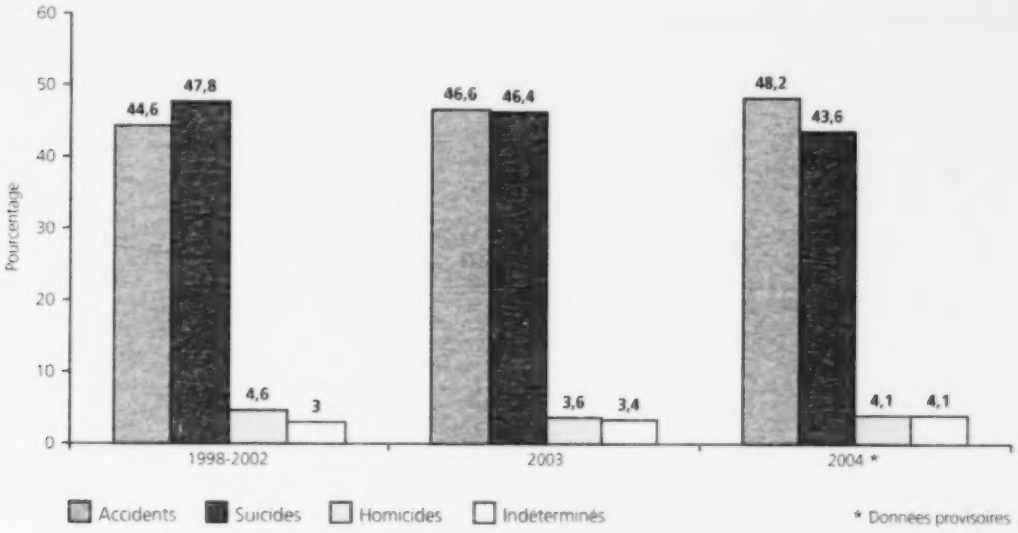
Selon les renseignements préliminaires accessibles, parmi les 203 décès dont le rapport est à venir, 131 (64,5 %) seraient des décès par traumatisme. Les données de 2004 sont considérées comme provisoires, puisque le pourcentage de rapports déposés ne dépasse pas 95,0 %.

Registre du coroner en chef

Depuis 1986, le coroner en chef tient le registre des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Nous présentons dans les pages qui suivent le portrait des décès pour 2003 et 2004, en le comparant à la moyenne des années 1998 à 2002. Notre but premier n'est pas d'analyser les phénomènes mortels, mais de présenter l'information issue des rapports des coroners avec rigueur et de fournir une représentation la plus fidèle possible de la réalité des décès par traumatisme. Nous savons que la diffusion de données fiables sur l'ampleur des problèmes favorise la mobilisation et la prise de décisions quant aux interventions préventives appropriées.

Pour les besoins du bilan, nous avons regroupé les causes de décès selon des critères familiers aux chercheurs. Toutefois, le registre de données du coroner en chef permet d'étudier des phénomènes particuliers et d'obtenir des données plus spécifiques sur demande.

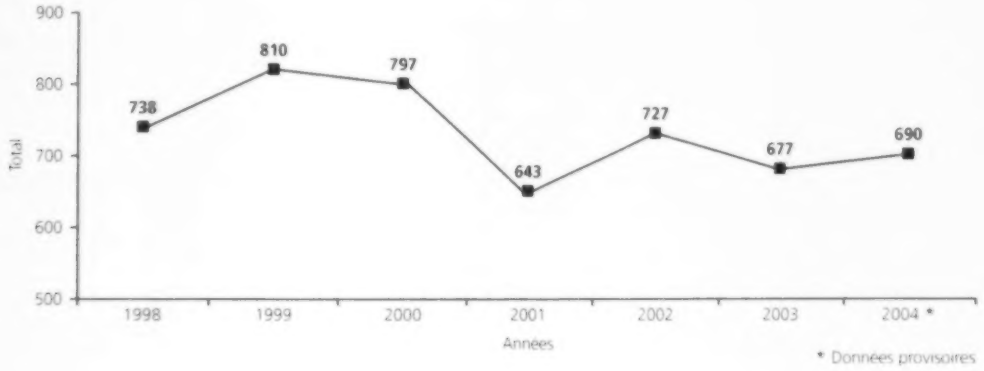
La répartition des décès par traumatisme



	Moyenne	Nombre	
Type de décès	**1998-2002**	**2003**	**Données provisoires 2004**
Accidents	1327	1281	1300
Suicides	1425	1274	1175
Homicides	135	98	110
Indéterminés	90	94	110
Total	**2977**	**2747**	**2695**

Les décès accidentels liés aux transports terrestres

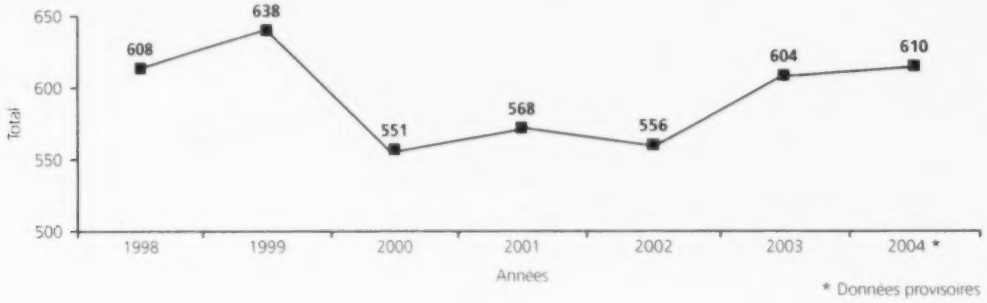
Cette catégorie inclut tous les décès liés à un moyen de transport terrestre, y compris les transports ferroviaires, que l'accident se soit produit sur la voie publique ou hors de celle-ci.



Décès	Moyenne 1998-2002	Nombre 2003	% variation 2003 / 1998-2002	Nombre Données provisoires 2004
Conducteur d'une automobile, d'un camion ou d'un autobus	344	315	-8,4	295
Passager d'une automobile, d'un camion ou d'un autobus	148	106	-28,4	142
Piéton	107	100	-6,5	86
Motocycliste	60	61	1,7	65
Motoneigiste	27	38	40,7	25
Cycliste	26	22	-15,4	17
Occupant d'un véhicule tout-terrain	23	19	-17,4	34
Autre	7	6	-14,3	2
À déterminer	1	10		24
Total	**743**	**677**	**-8,9**	**690**

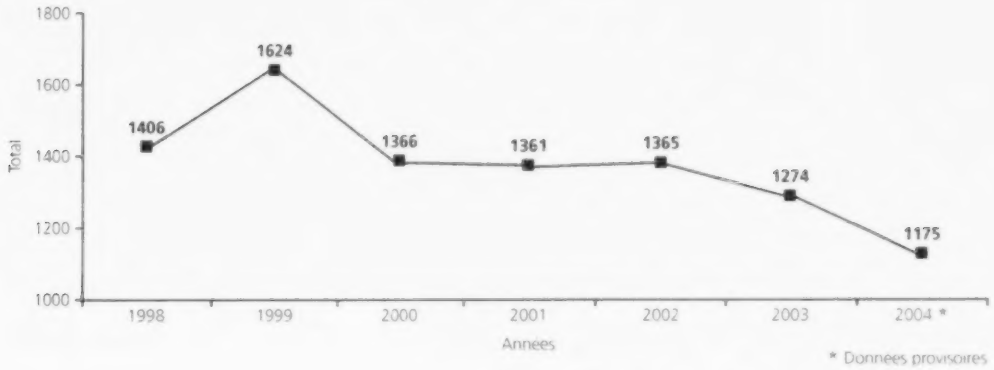
Les autres décès accidentels

Cette catégorie inclut tous les autres décès par traumatismes non intentionnels.



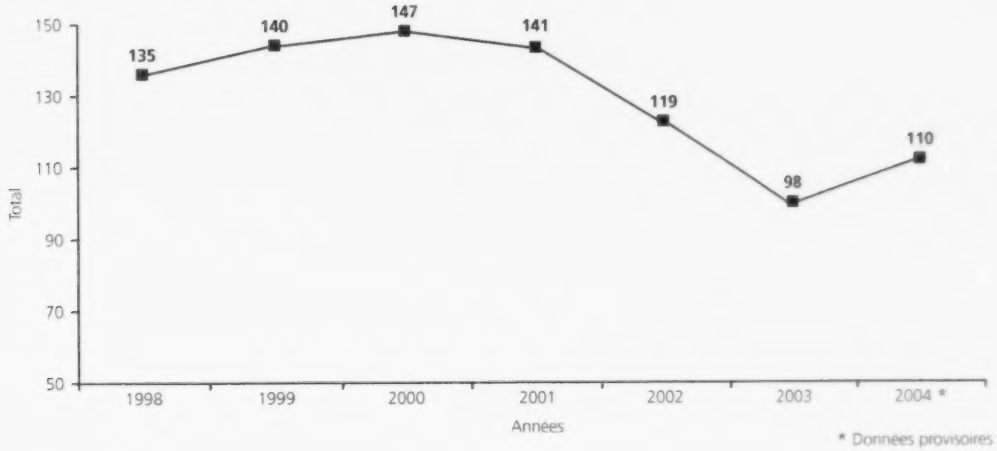
Décès	Moyenne 1998-2002	Nombre 2003	% variation 2003 / 1998-2002	Nombre Données provisoires 2004
Chute	122	129	5,7	127
Intoxication	113	132	16,8	147
Noyade et submersion accidentelle	85	76	-10,6	84
Strangulation, suffocation, asphyxie	62	62	0	65
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	54	47	-13	55
Contact avec une machine	34	37	8,8	32
Exposition aux forces de la nature	22	26	18,2	15
Choc ou heurt contre un objet ou une personne	31	23	-25,8	22
Accident de transport aérien	19	14	-26,3	7
Exposition au courant électrique	7	12	71,4	3
Décharge d'arme à feu	5	10	100	5
Accident médical ou chirurgical	5	8	60	12
Explosion	8	6	-25	9
Contact avec de l'eau chaude	3	2	-33,3	1
Accident de bateau	1	0	-100	1
Autre	10	10	0	10
À déterminer	3	10		15
Total	**584**	**604**	**3,4**	**610**

Les suicides



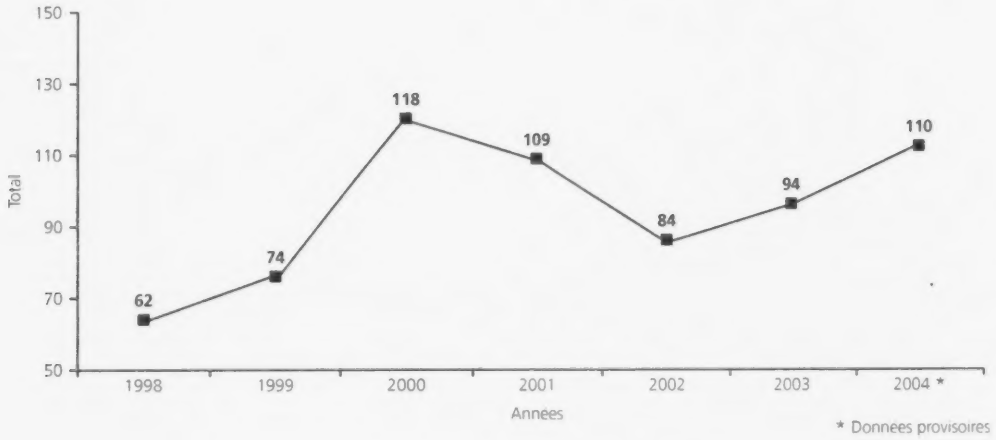
Décès	Moyenne 1998-2002	Nombre 2003	% variation 2003 / 1998-2002	Nombre Données provisoires 2004
Pendaison	721	635	-12	579
Décharge d'arme à feu	237	179	-24	150
Intoxication à des substances liquides ou solides	142	137	-4	172
Intoxication à l'oxyde de carbone	116	75	-35	65
Saut dans le vide	60	65	8	42
Suffocation, strangulation	18	31	72	21
Utilisation d'objet tranchant ou perforant	24	31	29	26
Noyade et submersion	42	30	-29	28
Collision d'un véhicule à moteur	39	29	-26	28
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	14	13	-7	10
Autre moyen	7	7	0	9
À déterminer	5	42		45
Total	**1425**	**1274**	**-11**	**1175**

Les homicides



Décès	Moyenne 1998-2002	Nombre 2003	% variation 2003 / 1998-2002	Nombre Données provisoires 2004
Agression par arme à feu	58	33	-76	27
Agression par objet tranchant ou perforant	31	22	-41	33
Agression par objet contondant	15	12	-25	14
Agression par strangulation ou suffocation	12	10	-20	12
Bagarre, rixe (sans arme)	6	6	0	4
Incendie volontaire	2	2	0	5
Autre	9	8	-13	8
À déterminer	2	5		7
Total	**135**	**98**	**-38**	**110**

Les décès de type indéterminé



Décès	Moyenne 1998-2002	Nombre 2003	% variation 2003 / 1998-2002	Nombre Données provisoires 2004
Indéterminés	84	59	-29,8	70
À déterminer	6	35		40
Total	**90**	**94**	**4,4**	**110**

Plusieurs des décès dont le type (accident, suicide, homicide ou mort naturelle) est à déterminer au moment de l'avis au coroner verront leurs causes et circonstances bien établies une fois l'investigation terminée. Ils seront alors ventilés parmi les accidents, les suicides ou les homicides.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA LISTE DES RÈGLEMENTS ADOPTÉS EN VERTU DES LOIS OU DE PARTIES DE LOIS APPLIQUÉES PAR LE CORONER EN CHEF

***Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* et ses règlements :**

• Code de déontologie des coroners c. R-0.2, r.0.1	D. 557-90, 1990 G.O. 2, 1383
• Règlement sur les critères et procédures de sélection des personnes aptes à être nommées coroners c. R-0.2, r.1	D. 2110-85, 1985 G.O. 2, 6061
• Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents c. R-0.2, r.1.001	D. 907-92, 1992 G.O. 2, 4337 D. 403-96, 1996 G.O. 2, 2247 D. 436-2001, 2001 G.O. 2, 2600
• Règlement sur la rémunération des coroners à temps partiel c. R-0.2, r.1.01	D.1687-87, 1987 G.O. 2, 6492 D. 1050-95,1995 G.O. 2, 3791 D. 849-96, 1996 G.O. 2, 4124 D. 841-2002, 2002 G.O. 2, 4852
• Règlement sur les sommes à rembourser aux coroners et aux coroners auxiliaires pour les dépenses faites ou engagées dans l'exercice de leurs fonctions c. R-0.2, r.1.1	D. 1657-87, 1987 G.O. 2, 6367
• Tarif des droits et indemnités applicables en vertu de la *Loi sur les recherches des causes et des circonstances des décès* c. R-0.2, r.1.2	D. 295-89, 1989 G.O. 2, 1807 D. 1417-91, 1991 G.O. 2, 5880
• Tarif sur les frais d'autopsies c. R-0.2, r.2	D.971-89, 1989 G.O. 2, 3381
• Tarif sur les frais de transport, de garde et de conservation des cadavres c.R-0.2, r.3	D. 470-2001, 2001 G.O. 2, 2874

ANNEXE 2 : LA LISTE DES CORONERS ACTIFS PAR RÉGION ADMINISTRATIVE EN 2005-2006

Coroner en chef
Bellemare, M^e Danielle

Coroner en chef adjoint
Ouest du Québec
Brochu, D^r Jean-E.

Coroner en chef adjoint
Est du Québec
Nolet, D^re Louise

Régions	Coroners permanents	
	Investigateurs	**Enquêteurs**
03- Capitale-Nationale	Couillard, D^r Bernard Morin, M^e Pierre Turmel, D^r Serge	Kronström, M^e Andrée
06- Montréal	Dionne, D^r Paul G. Houde, D^re Michelle Paquin, D^r Claude Ramsay, D^r Jacques	Rudel-Tessier, M^e Catherine
14- Lanaudière	Territoire couvert par certains coroners de Montréal	
17- Centre-du-Québec		Malouin, M^e Luc

Régions	Coroners à temps partiel	
	Investigateurs	**Enquêteurs**
01- Bas-Saint-Laurent	Chamberland, M^e Jean-Pierre Dorval, D^r Jean-François Lévesque, D^r Gaétan Raymond, D^r Yves	
02- Saguenay–Lac-Saint-Jean	Bergeron, D^r André Bolduc, D^r Yves Côté, M^e Mandoza Gagné, D^r Carol Miron, D^r Michel	
03- Capitale-Nationale	Bédard, D^r Marc Brochu, D^r Pierre Naud, D^r Yvon Samson, D^r Pierre-Charles Turmel, D^r Yvan	Delâge, M^e Cyrille
04- Mauricie	Blais, D^r Jean-Pierre Charest, D^r René Gauthier, D^r Raynald Martin, D^r Pierre Pinsonnault, M^e Jean Trahan, D^r André-G.	
05- Estrie	Adam, M^e Serge Giguère, M^e Robert Morin, M^e Brigitte Sainton, D^r Gilles	

Régions	Coroners à temps partiel	
	Investigateurs	Enquêteurs
06- Montréal	Ayllon, Dr Rafaël Boulianne, Dre Louise Goupil, Dr Jean-Noël Labarias, Dr Jose-Luis Lambert, Dr Yves Tremblay, Dre Candide	
07- Outaouais	Bourassa, Dr Pierre Lachapelle, Me Joanne Morissette, Dr Guy	
08- Abitibi-Témiscamingue	Aubry, Dr Sylvain Gurekas, Dr Vydas Malenfant, Dr Claude Molloy, Dre Francine	
09- Côte-Nord	Lefrançois, Me Bernard Samson, Dr Arnaud	
10- Nord-du-Québec	Létourneau, Dr Joël	
11- Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	Cavanagh, Me Guy Couture, Me Jean Lévesque, Dr Jean-Louis Roy, Me Jean-François	
12- Chaudière-Appalaches	Garneau, Me Gabriel Morin, Dr Raymond Picard, Dr Jean-Marc Toussaint, Dr Martin	
13- Laval	Ferland, Me Michel Trudeau, Dr Michel	
15- Laurentides	Fermini, Dr Richard Paquette, Dr Jean-Lévy Talbot, Dre Linda	
16- Montérégie	Bélanger, Dr René-Maurice Dandavino, Dr André-H. Dragon, Dre Sylvie Duval, Me René Favron, Dre Hélène Guilmain-Maurice, Dre Micheline Laberge, Dr J. Roger Massé, Dr Michel Montminy, Dr Alphonse Robinson, Dr Jacques	
17- Centre-du-Québec	Bélisle, Me Pierre Garneau, Me Yvon Sanfaçon, Dr Martin	

ANNEXE 3 : LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES CORONERS

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (L.R.Q., c. R-0.2, a. 28 et 165)

SECTION I
DEVOIRS GÉNÉRAUX

1. Dans l'exercice de ses fonctions en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (L.R.Q., c. R-0.2), notamment lors d'une investigation ou d'une enquête, le coroner doit respecter la dignité, l'honneur, la réputation et la vie privée de la personne décédée ainsi que le secret professionnel à l'égard de cette personne.
D. 557-90, a. 1.

2. Le coroner doit respecter les croyances et les opinions religieuses de la personne décédée et celles de ses proches dans la mesure où les exigences que la loi lui impose le permettent.
D. 557-90, a. 2.

3. Le coroner doit s'assurer que tout cadavre dont il a la garde et la possession est traité avec dignité et respect.
D. 557-90, a. 3.

4. Le coroner doit agir de telle sorte que son comportement envers les proches de la personne décédée ainsi qu'envers les personnes impliquées dans les circonstances du décès reflète le respect et la courtoisie qu'imposent les circonstances.
D. 557-90, a. 4.

5. Le coroner doit éviter tout acte, toute omission, tout comportement ou tout propos relatif à l'exercice de ses fonctions qui serait de nature à porter atteinte à l'institution du coroner ou aux autres personnes qui y exercent également la fonction de coroner.
D. 557-90, a. 5.

6. Le coroner doit maintenir de bons rapports avec les personnes appelées à participer à une investigation ou à une enquête, se comporter à leur égard avec courtoisie et respect et leur accorder son entière disponibilité.
D. 557-90, a. 6.

7. Le coroner ne doit pas s'immiscer dans une investigation ou une enquête du ressort d'un autre coroner.
D. 557-90, a. 7.

8. Les coroners doivent agir de façon courtoise entre eux et maintenir des relations empreintes de bonne foi.
D. 557-90, a. 8.

9. Le coroner doit témoigner, dans l'exercice de ses fonctions, d'un constant souci du respect de ses devoirs de protection de la vie humaine.
D. 557-90, a. 9.

SECTION II
DEVOIRS PARTICULIERS

1. Intégrité et dignité

10. Le coroner doit exercer ses fonctions avec intégrité et dignité.
D. 557-90, a. 10.

11. Le coroner ne doit pas, dans l'exercice de ses fonctions, faire un usage immodéré de substances psychotropes, y compris l'alcool, ou de toute autre substance produisant des effets analogues.
D. 557-90, a. 11.

12. Le coroner doit dissocier de l'exercice de ses fonctions la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
D. 557-90, a. 12.

13. Le coroner doit s'assurer du maintien de l'ordre et du décorum durant une enquête tout en manifestant une attitude courtoise envers les personnes présentes.
D. 557-90, a. 13.

14. Le coroner doit faire preuve de réserve et de mesure à l'occasion de tout commentaire public concernant ses recherches ou ses activités et en restreindre l'expression aux seules fins pédagogiques ou scientifiques découlant de l'exercice de ses fonctions.
D. 557-90, a. 14.

2. Objectivité, rigueur et indépendance

15. Le coroner doit, de façon manifeste, faire preuve d'objectivité, de rigueur et d'indépendance.
D. 557-90, a. 15.

16. Le coroner doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions de façon objective, rigoureuse et indépendante.
D. 557-90, a. 16.

17. Le coroner doit se comporter de façon à ne pas encourager ou inciter quiconque à lui offrir quoi que ce soit auquel il n'a pas droit en vertu de la loi; il doit refuser tout ce qui lui serait, malgré tout, offert ou en disposer de la façon prévue par la loi, le cas échéant.
D. 557-90, a. 17.

18. Le coroner doit s'abstenir de poursuivre une investigation ou de tenir une enquête lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment :

1° de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires avec la personne décédée, avec une personne impliquée dans les circonstances du décès ou avec une personne appelée à participer à l'investigation ou à l'enquête;

2° de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion se rapportant au décès;

3° de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme à l'égard de la personne décédée ou à l'égard d'une personne impliquée dans les circonstances du décès.

D. 557-90, a. 18.

19. Le coroner doit s'assurer que son rapport contienne les faits qui lui sont connus se rapportant aux causes et aux circonstances du décès.
D. 557-90, a. 19.

20. Le coroner doit s'assurer de la valeur probante, de l'authenticité et de la pertinence de tout fait sur lequel il s'appuie pour établir l'identité de la personne décédée, la date, le lieu, les causes et les circonstances du décès.
D. 557-90, a. 20.

21. Le coroner doit s'assurer de l'authenticité de tout fait qu'il divulgue publiquement avant la production de son rapport et apprécier les risques et les inconvénients pouvant résulter de cette divulgation.
D. 557-90, a. 21.

3. Disponibilité et diligence

22. Le coroner doit faire preuve d'une disponibilité et d'une diligence raisonnables.
D. 557-90, a. 22.

23. Le coroner doit prendre les mesures nécessaires à l'examen du cadavre ou à la visite des lieux, lorsque les circonstances du décès l'exigent.
D. 557-90, a. 23.

24. Le coroner doit être à la disposition des proches de la personne décédée afin de les rencontrer et de les renseigner lorsque la situation l'exige.
D. 557-90, a. 24.

25. Le coroner doit faciliter la libération du cadavre et y donner suite avec toute la diligence à laquelle peuvent raisonnablement s'attendre les proches de la personne décédée.
D. 557-90, a. 25.

26. Le coroner doit faire en sorte que les conditions d'exercice de sa garde d'objets et de documents en garantissent la conservation et en permettent la remise aux réclamants conformément à la loi.
D. 557-90, a. 26.

27. Le coroner doit informer les proches de la personne décédée que le choix des dispositions funéraires leur revient.
D. 557-90, a. 27.

4. Compétence et connaissances

28. Le coroner doit maintenir ses connaissances et ses capacités dans les domaines pertinents à l'exercice de ses fonctions de façon à ce qu'elles concordent avec les exigences de son travail et en garantissent la qualité.
D. 557-90, a. 28

29. Le coroner doit connaître les lois, règlements et directives régissant l'exercice de ses fonctions.
D. 557-90, a. 29.

30. Le coroner doit s'assurer que la personne à qui il délègue des pouvoirs, dans les cas prévus par la loi, connaisse les lois, règlements et directives régissant l'exercice des fonctions du coroner.
D. 557-90, a. 30.

31. Le coroner doit participer, dans la mesure du possible, aux programmes de perfectionnement mis en œuvre par le coroner en chef.
D. 557-90, a. 31.

32. Le coroner doit fournir la contribution attendue de lui dans le perfectionnement des autres coroners, notamment par l'échange avec eux de ses connaissances et expériences.
D. 557-90, a. 32.

33. Le coroner doit respecter les limites de son expertise et de ses connaissances, en particulier dans des domaines qui lui sont étrangers, et s'assurer personnellement de la compétence des sources auxquelles il doit recourir.
D. 557-90, a. 33.

5. Confidentialité

34. Le coroner doit respecter, même au cours des communications privées, la confidentialité de tout document ou renseignement qu'il a obtenu dans l'exercice de ses fonctions à moins que la divulgation n'en soit autorisée par la loi.
D. 557-90, a. 34.

35. Omis.
D. 557-90, a. 35.

D. 557-90, 1990 G.O. 2, 1383